

**PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE  
LA TRANSMISIÓN HETEROSEXUAL  
DEL VIH CON ENFOQUE DE GÉNERO  
EN ATENCIÓN PRIMARIA**

---

**PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE  
LA TRANSMISIÓN HETEROSEXUAL  
DEL VIH CON ENFOQUE DE GÉNERO  
EN ATENCIÓN PRIMARIA**

---

**SALUD 7**

Documento elaborado por el Grupo de Trabajo para el Protocolo de Prevención de la Transmisión Heterosexual del VIH en Atención Primaria con Enfoque de Género.

El grupo de trabajo está constituido por expertos/as con sensibilidad hacia el enfoque de género y de distintos grupos profesionales que trabajan en el ámbito de VIH/ sida y la atención primaria de distintas comunidades autónomas, así como del Plan Nacional sobre el Sida y del Instituto de la Mujer.

### **Miembros**

Remei Aguilera Galobart. Enfermera. Programa para la Prevención y la Asistencia del Sida. Departamento de Salud. Generalidad de Cataluña.

Arantxa Arrillaga. Socióloga. Programa de Sida del País Vasco.

M<sup>a</sup> Dolores Calderó Bea. Médica. Centro de Salud El Carmen, Murcia.

Rafael Cofiño Fernández. Médico. Coordinador del Programa del Sida, Asturias.

Lázaro Elizalde Soto. Médico. Coordinador del Programa de Sida. Instituto de Salud Pública de Navarra.

Ifigenia Frías Oncina. Psicóloga. Programa de Sida. Junta de Andalucía.

Juan Antonio Gómez Rodríguez. Médico Microbiólogo. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, Madrid.

Begoña López-Dóriga Alonso. Socióloga. Directora del Programa de Salud. Instituto de la Mujer, Madrid.

Ángeles Matesanz Barrios. Médica. Instituto de la Mujer. Madrid.

Concepción Muñoz Jiménez. Trabajadora Social. Centro de Salud del Monzón, Huesca.

Mónica Suárez Cardona. Médica. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, Madrid.

Sara Velasco Arias. Médica Psicoanalista. Coordinadora del Programa de Prevención de la Transmisión Heterosexual del VIH/sida en Mujeres, Alicante.

### **Coordinación**

Begoña López-Dóriga. Programa de Salud y Servicios Sociales. Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Mónica Suárez Cardona. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, Ministerio de Sanidad y Consumo.

### **Redacción**

Sara Velasco Arias. Coordinadora del Programa de Prevención de la Transmisión Heterosexual del VIH/sida en Mujeres.

Las y los profesionales de diversas comunidades autónomas y ámbitos profesionales que han revisado el Protocolo se relacionan en el ANEXO I.

---

© Instituto de la Mujer (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales)

Catálogo general de publicaciones oficiales

<http://www.060.es>

Edita: Instituto de la Mujer

Condesa de Venadito, 34 • 28027 Madrid (España)

E-Mail: [inmujer@mtas.es](mailto:inmujer@mtas.es)

[www.mtas.es/mujer](http://www.mtas.es/mujer)

1.<sup>a</sup> Edición 2004

1.<sup>a</sup> Reimpresión 2006

2.<sup>a</sup> Reimpresión 2008

Diseña y realiza: PardeDÓS

Nipo: 207-08-013-6

ISBN: 978-84-691-1176-5

Depósito Legal: M-9046-2008

Imprime: Gráficas Rodríguez

# Índice

	Pág.
<b>Presentación</b> _____	5
<b>Primera parte: Introducción</b> _____	11
1. Situación epidemiológica _____	13
1.1 Evolución de la epidemia de VIH/sida _____	13
1.2 Retraso diagnóstico _____	14
1.3 Papel de la atención primaria de salud _____	15
1.4 Elementos clave _____	16
2. Enfoque de género _____	17
2.1 Conceptos básicos _____	17
2.2 Género y vulnerabilidad al VIH: representaciones sociales y actitudes individuales _____	18
3. Método de relación sanitario/a - paciente _____	21
<b>Segunda parte: Protocolo de intervención preventiva</b> _____	25
1. Objetivos _____	27
2. Actuaciones _____	29
2.1 Captación de la población diana _____	30
2.2 Detección de pacientes con criterios de vulnerabilidad para VIH _____	31
2.3 Valoración individualizada de dificultades para el cambio de actitudes _____	33
2.4 Intervención para el cambio de actitudes y prácticas de riesgo _____	35
2.5 Diagnóstico de infección por VIH _____	37
2.6 Seguimiento y derivación _____	41

	Pág.
3. Sistema de información _____	43
3.1 Registro _____	43
3.2 Evaluación _____	44
4. Referencias _____	47
5. Anexos _____	53
Anexo I. Relación de profesionales que han participado en la revisión del Protocolo _____	55
Anexo II. Comentarios sobre algunos criterios de vulnerabilidad al VIH hete- rosexual _____	59
Anexo III. Síntomas y signos clínicos que sugieren la presencia de infección por VIH _____	63
Anexo IV. Condicionantes de género de modelo tradicional y de transición para hombres y mujeres que dificultan el cambio de actitudes _____	65
Anexo V. Mensajes de sensibilización para favorecer la autopercepción del riesgo _____	67
Anexo VI. Prácticas sexuales y asociación con el riesgo de transmisión del VIH _____	69
Anexo VII. Protocolo post-exposición a la infección por VIH _____	71
Anexo VIII. Uso del preservativo masculino y femenino _____	73
Anexo IX. Mensajes para favorecer el cambio de actitudes de género _____	75
Anexo X. Mensajes para el pacto de sexo más seguro _____	77
Anexo XI. Tipos de pruebas de VIH y periodo ventana _____	79
Anexo XII. Apoyo a pacientes después de resultado positivo al VIH _____	81
Anexo XIII. Recursos de atención a VIH/sida por comunidades autónomas _____	83
Anexo XIV. Modelo de hojas de registro _____	87
Anexo XV. Indicadores de evaluación _____	91

# Presentación



# Presentación

La epidemia de VIH/sida en España se ha sexualizado en los últimos años. El peso de la transmisión heterosexual en el conjunto de las infecciones es mayor cada día, sobre todo en las mujeres. Hace falta por tanto prestar más atención a la salud sexual y poner mayor énfasis en la promoción de conductas sexuales más seguras y en la detección precoz de las prácticas sexuales de riesgo y de la infección por el VIH.

Este protocolo aborda estos aspectos de salud pública, pero además pretende aproximarse a las actitudes de hombres y mujeres condicionadas por el género que subyacen a la resistencia para adoptar conductas sexuales saludables.

Se estima que en España todavía se infectan por el VIH más de 2000 personas cada año. Al mismo tiempo, la efectividad de los tratamientos antirretrovirales ha reducido enormemente la morbi-mortalidad por VIH/sida. Como consecuencia, el número de personas que hoy viven infectadas no disminuye, y se estima entre 120.000 y 150.000<sup>1</sup>. Además, una cuarta parte aún no sabe que está infectada, con el consiguiente incremento del riesgo de transmisión. La

---

1. VIH y sida en España. Situación epidemiológica 2001. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 2002.



elevada prevalencia supone un mayor riesgo de infección para las personas con prácticas de riesgo y, según datos recientes<sup>2</sup>, más de un millón de personas se han expuesto al VIH por vía heterosexual alguna vez en el último año, es decir, han tenido relaciones sexuales con parejas ocasionales sin utilizar preservativo en todos los casos. La conclusión es que el futuro de la epidemia en España dependerá de que consigamos reducir la frecuencia de las prácticas sexuales con riesgo elevado de adquirir o de transmitir el VIH.

Ante una infección para la que todavía no se dispone de tratamiento curativo ni de vacuna, la prevención es la herramienta fundamental para combatir la epidemia. La prevención funciona, y es la clave para reducir las tasas de incidencia. Las intervenciones para prevenir la infección por VIH incluyen, entre otras, la detección de la vulnerabilidad, la influencia sobre las actitudes mantenidas por condicionantes de género que impiden la puesta en práctica de las medidas preventivas, el acceso a los preservativos y la prueba voluntaria del VIH acompañada de asesoramiento.

Todos reconocemos el papel de la atención primaria en la detección de nuevas infecciones, de actitudes y prácticas de riesgo, así como en la prevención o en el cambio de conductas, pero también sabemos que no está suficientemente desarrollado. Así, en torno al 16% de los diagnósticos de VIH se han llevado a cabo en los centros de atención primaria<sup>3</sup> y de los ciudadanos que se han realizado la prueba del VIH, cerca del 30% declara habérsela hecho en atención primaria<sup>4,5</sup>. Conocemos los obstáculos para el desarrollo de esta tarea. Sobre todo la presión asistencial, pero también en muchos casos la propia dificultad para abordar aspectos tan delicados como las conductas sexuales o un resultado positivo.

El objetivo de este protocolo es sensibilizar a los y las profesionales de atención primaria para percibir la vulnerabilidad diferencial de mujeres y hombres a la infección por VIH por vía heterosexual y facilitar las intervenciones preventivas y la detección precoz. Este protocolo, a diferencia de otros, se basa en un cambio cultural sobre las formas de relación entre mujeres

---

2. Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales 2003. Población de 18-49 años. Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 2004.

3. Encuesta hospitalaria de pacientes VIH/sida 2003. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 2004.

4. Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales 2003. Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 2004.

5. Proyecto Cuídate. Info. Stop sida, COGAM, Colectiu. Lambda, Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 2004.

y hombres que mantienen actitudes y prácticas sexuales de riesgo, y también de la práctica clínica, que ha de adaptarse a la necesidad de incluir y actuar sobre aspectos psicosociales y de género. Complementa a otras guías de atención a la infección por el VIH/sida porque está orientado hacia la prevención primaria y el diagnóstico precoz, se centra en la transmisión heterosexual y lo hace desde un enfoque de género.

Los intereses del Instituto de la Mujer y los de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida confluyen en el objetivo de modificar las actitudes tradicionales de género que obstaculizan la adopción de prácticas sexuales más seguras. De ahí surge esta guía, resultado de la intensa labor de un grupo de expertas y expertos de formación muy diversa, procedentes de la atención primaria, de la administración sanitaria, del ámbito de la lucha contra el sida y de los organismos con competencias sobre las políticas de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres, con puntos de vista muy diferentes, pero dispuestos a encontrar, desde la multidisciplinariedad, unas bases comunes para desarrollar nuevas perspectivas para una cultura del sexo seguro que pasa necesariamente por tener en cuenta los condicionantes de género que afectan a las actitudes de relación entre hombres y mujeres.

Madrid, 14 de febrero de 2005.

Lourdes Chamorro Ramos

Secretaria del Plan Nacional sobre el Sida, Ministerio de Sanidad y Consumo.

Rosa María Peris Cervera

Directora General del Instituto de la Mujer



Primera parte:  
Introducción



# 1. Situación epidemiológica

## 1.1 Evolución de la epidemia de VIH/sida

La epidemia por VIH/sida sigue siendo uno de los problemas más graves a los que está expuesta la humanidad en el siglo XXI. A finales de 2003 ONUSIDA estimaba un total de 37,8 millones de personas afectadas por el VIH/sida, casi 3 millones de muertes durante ese año y 4,8 millones de nuevas infecciones (ONUSIDA, 2004).

En los países de renta alta el desarrollo de programas de prevención y el acceso a los tratamientos antirretrovirales combinados ha supuesto una mejoría evidente, disminuyendo las nuevas infecciones y, sobre todo, la mortalidad y el progreso de la infección a estadios avanzados. Esta tendencia se constata claramente en nuestro país desde mediados de los años noventa, aunque se mantiene todavía una elevada prevalencia de casos de infección por el VIH en comparación con otros países de nuestro entorno europeo.

El riesgo de infección por VIH en la población persiste a través de los mecanismos de transmisión conocidos, pero el descenso en los diagnósticos de infección ha sido mucho más acusado en los casos debidos al uso compartido de material de inyección entre usuarios de

drogas. En los últimos años los diagnósticos de infección por VIH atribuidos a transmisión heterosexual superan ya a los de personas usuarias de drogas por vía parenteral. Los principales estudios cifran en el 45% (Proyecto COMESEM, 2001) o el 46% (SIVES, 2001-2002) los nuevos diagnósticos de VIH atribuidos a la transmisión heterosexual.

Para las mujeres, la importancia relativa de la transmisión heterosexual es creciente y mayor que en los hombres. En ellas la proporción de casos de sida por transmisión heterosexual notificados en 2003 está ya en el 50% (SPNS, 2004), proporción que viene aumentando de forma sostenida prácticamente desde el principio de la epidemia.

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) figuran de manera destacada entre las enfermedades infecciosas emergentes. Su aumento es una señal precursora del aumento de las infecciones por VIH, al poner de manifiesto la existencia de prácticas de riesgo en la población. Además, la presencia de lesiones en determinadas ITS supone un mayor riesgo para la transmisión de VIH a través de prácticas sexuales no protegidas.

En resumen, la situación de la epidemia en España se puede describir como estable en niveles elevados y con creciente importancia de la transmisión heterosexual, lo que hace necesario seguir promoviendo conductas saludables para evitar nuevos repuntes. La evolución de la epidemia dependerá en gran medida de la reducción de las prácticas sexuales de riesgo.

## 1.2 Retraso diagnóstico

El 38% de los casos de sida diagnosticados en 2003 no conocían su infección por el VIH cuando fueron diagnosticados de sida (SPNS, 2004). La existencia de una proporción tan elevada de personas infectadas por el VIH sin diagnosticar puede tener varias implicaciones sobre el curso de la epidemia. En primer lugar, el retraso diagnóstico no permite beneficiarse de los tratamientos antirretrovirales y las personas infectadas llegan al diagnóstico en peores condiciones inmunológicas y clínicas, ensombreciéndose su pronóstico. En segundo lugar, el desconocimiento de su infección puede favorecer la persistencia de conductas de riesgo, con el consiguiente riesgo de transmisión y exposición a la reinfección.

El retraso en el diagnóstico de la infección se da de forma más marcada en la población general, en la que el grado de sospecha personal y clínica es menor. Entre las personas que

no reconocen o no tienen prácticas de riesgo relacionadas con drogodependencia, homosexualidad o prostitución, la sospecha de infección es muy baja a pesar de que puedan haber tenido prácticas de riesgo. De hecho, más del 60% de los casos de sida de 2003 que contrajeron la infección por vía heterosexual no sabían que estaban infectados por el VIH al ser diagnosticados de sida, frente al 38% de diagnósticos con retraso por todas las vías de transmisión. El propio desconocimiento de las personas infectadas supone un aumento del riesgo potencial de transmisión, especialmente a través de prácticas heterosexuales sin protección.

Si bien desde el punto de vista clínico la prueba del VIH es un procedimiento diagnóstico más, similar a otras determinaciones de laboratorio, todavía presenta connotaciones especiales dado el impacto emocional y social que se le otorga. Para evitar el retraso diagnóstico es preciso combinar una actitud de promover y facilitar la prueba del VIH, tanto por parte de los sanitarios como entre la población, incorporándola de forma mucho más amplia entre los procedimientos diagnósticos habituales, con el máximo respeto a la confidencialidad y a la libre decisión de los pacientes, y prestando especial atención a las connotaciones emocionales y sociales de esta prueba.

### 1.3 Papel de la atención primaria de salud

A pesar de que la atención a pacientes VIH+ recae en la asistencia especializada, la situación epidemiológica descrita más arriba hace necesaria la búsqueda activa de situaciones asociadas a exposición al VIH, como ITS y el cambio de actitudes que sustentan prácticas de riesgo, promocionando conductas sexuales más seguras y la detección precoz del VIH.

Los y las profesionales de la atención primaria (AP) de salud son un recurso fundamental, además de los profesionales de los centros de enfermedades de transmisión sexual, los centros de planificación familiar y las consultas de obstetricia y ginecología, para realizar esta búsqueda activa y modificar las actitudes y las conductas de la población general. La Organización Mundial de la Salud insiste en ello en su estrategia de lucha contra el VIH/sida. La atención primaria es un dispositivo privilegiado de amplia cobertura para establecer una relación de confianza, con continuidad y, por tanto con potencial de cambio de actitudes.



## 1.4 Elementos clave

- La vía heterosexual es ya el principal mecanismo de transmisión de la infección por VIH en España.
- Existe un retraso en el diagnóstico de las personas infectadas por el VIH, principalmente de los casos adquiridos por vía heterosexual.
- La detección precoz mejora el pronóstico individual y permite adoptar las medidas necesarias para reducir la transmisión de la infección.
- La atención primaria es un dispositivo privilegiado para detectar precozmente conductas de riesgo y casos de infección por VIH, y para modificar eficazmente las actitudes y las conductas hacia la adopción de prácticas sexuales seguras.

## 2. Enfoque de género

Los conceptos del enfoque de género deben incidir en los modelos explicativos de los factores que influyen en la infección por VIH, en los programas de prevención de la transmisión heterosexual y en la práctica clínica.

### 2.1 Conceptos básicos

En cada sociedad existen definiciones, normas y mandatos sobre cómo deben ser los hombres y las mujeres. Se trata de consensos culturales no explícitos que construyen el género a partir del cual al sexo biológico con el que se nace se incorporan, mediante la socialización, los significados que la sociedad atribuye a cada sexo. Las personas van incorporando funciones y roles de género que interiorizan como valores e ideales sobre la feminidad y masculinidad a los que el sujeto ha de adaptarse para cumplir las expectativas sobre el estatus social esperado para su sexo.

Así, el término **sexo** se utiliza para referirnos al hecho biológico de la diferencia sexual, mientras que se utiliza el término **género** para señalar aquellos elementos sociales, culturales y psíquicos atribuidos en función del sexo y que conforman los papeles sociales de mujer

y hombre y los conceptos de la identidad sexual: la feminidad y la masculinidad. Estos se construyen en un contexto cultural y social que crea representaciones de lo femenino y de lo masculino que actúan como modelos ideales que, a su vez, inciden en la estructuración psíquica del sujeto mujer y del hombre.

El género, por tanto, se compone de aspectos sociales y psíquicos que de este modo condicionan la forma de vivir y de actuar de las personas. Las actitudes personales y, especialmente las actitudes de relación entre hombres y mujeres, están mediatizadas y condicionadas por el género.

En cada sociedad varían los consensos de género según modelos algo diferentes, aunque en la sociedad occidental durante siglos, el sistema vigente ha sido el patriarcal que contiene el modelo tradicional de relaciones.

## 2.2 Género y vulnerabilidad al VIH: representaciones sociales y actitudes individuales

En cuanto a lo que interesa en este protocolo, las actitudes que obstaculizan la puesta en práctica de medidas preventivas para la transmisión heterosexual del VIH son aquellas que están condicionadas por los consensos de género. La persistencia de consensos tradicionales mantiene, por un lado, representaciones sociales en las que cuesta pensar en las mujeres como sexualmente activas cuando son adultas, tienen pareja o son madres, por ejemplo. La tendencia de las representaciones sociales es visibilizar la sexualidad activa de las mujeres sólo entre las jóvenes o en las mujeres que trabajan en prostitución. Estas representaciones sociales de género obstaculizan la percepción de la vulnerabilidad y, por tanto, la posibilidad de avanzar en la prevención.

Por otra parte, en el ámbito individual existe evidencia de que las personas, aún en el caso de que estén bien informadas sobre las formas de protegerse de la infección por el VIH, mantienen actitudes en las relaciones hombre-mujer por las que, a la hora de aplicar los conocimientos y poner en práctica las intenciones de protección, pueden fallar y dejarse llevar por actitudes imperativas que les exponen al riesgo. Estas actitudes proceden de los mismos condicionantes culturales de género (OMS, *Integrating gender into HIV/AIDS Programmes*, 2002) ligados a modelos de relación según los ideales sociales sobre cómo ha de ser un hombre o una mujer.

Los ideales y roles tradicionales de género suponen, en algunos casos, relaciones de poder-subordinación, y sitúan a algunas mujeres en un lugar de pasividad, dependencia, sumisión, resignación y ocultación de su actividad sexual anterior o fuera de la pareja, y a los hombres en un lugar de actividad y potencia, de poder, invulnerabilidad y de afán de demostración de su capacidad sexual. Estos imperativos pueden actuar como condicionantes de género que sustentan resistencias a utilizar el preservativo y, en general, a practicar un sexo más seguro.

Ahora bien, el modelo de relaciones tradicionales ha sufrido grandes cambios durante el siglo XX: Las mujeres han realizado una gran transformación personal y colectiva, tanto en el mundo público como en el ámbito de las relaciones personales y familiares.

Las mujeres han accedido mayoritariamente a la educación, cada vez son más las que se plantean conseguir un empleo e independencia económica o participar en los espacios sociales y culturales, y empiezan a estar representadas en instituciones de responsabilidad política, económica o sindical. Han reflexionado sobre los valores sociales y se plantean cambios en la forma de vivir, en sus relaciones de pareja, en su sexualidad y en su vida cotidiana.

Sin embargo, aunque la vida y la identidad de las mujeres ha cambiado en los últimos años, muchas aún han crecido siguiendo un modelo tradicional que, conviviendo con nuevos patrones, todavía se sigue transmitiendo a través de los medios de comunicación y continúa vigente en determinados ámbitos sociales, familiares e institucionales. De ahí que en la actualidad existan diversas formas de vida para hombres y mujeres. Si bien a las mujeres se las valora y estimula en la formación académica para tener una profesión y una independencia económica y desempeñar diversos papeles en el mundo profesional y público o vivir sus relaciones afectivas y amorosas de forma más igualitaria y libre, siguen vigentes antiguas expectativas sociales y se espera que, a pesar de tener mayor autonomía personal, las mujeres cumplan con parte de los mandatos de los roles tradicionales, sobre todo en la vida íntima.

Los medios de comunicación continúan reproduciendo imágenes y roles estereotipados de las mujeres y los varones y de las relaciones entre ambos. Así, la publicidad utiliza el cuerpo y la sexualidad de las mujeres como reclamo, reforzándolo como un medio para conseguir el

éxito social, laboral y la atención y valoración de los hombres. Y siguen ofreciendo modelos de masculinidad basados en el uso de la fuerza y la violencia como forma de resolver conflictos o de obtener poder.

En la transición desde lo tradicional a modelos en el horizonte más igualitarios, se dan relaciones mujer-hombre de formas diversas pero que tienen en común que la mujer ya no mantiene una relación de pertenencia al hombre; puede tener proyectos propios y actitudes emancipadas incluyendo la posibilidad de mantener múltiples parejas a lo largo de la vida, pero en el curso de las relaciones íntimas surgen contradicciones entre los ideales nuevos coexistiendo con ideales tradicionales.

Algunas de las conductas sexuales de riesgo proceden de esta persistencia de contradicciones y coexistencia de los condicionantes de género tradicionales, ya sea asumidos en su totalidad o sólo como restos interiorizados que actúan en la vida íntima aún en mujeres o parejas igualitarias. Para estas últimas se añaden algunos condicionantes que proceden de valores de modernidad que apuntan a sensación de excesivo control e invulnerabilidad y prácticas sexuales de mayor riesgo (por ejemplo sexo anal) también para las mujeres, ligadas a la imitación del modelo masculino.

Utilizar el género como categoría de análisis de las representaciones sociales y de las actitudes íntimas de las personas permite encontrar los determinantes psicosociales de esas actitudes y contar así con los elementos para modificar las actitudes de resistencia y, en consecuencia, posibilitar el cambio y reducir la frecuencia de las prácticas sexuales de riesgo.

### 3. Método de relación sanitario/a - paciente

Las actuaciones que propone este protocolo – detección de pacientes con criterios de vulnerabilidad, identificación de condicionantes de género y dificultades para el cambio de prácticas de riesgo e intervenciones sobre esas dificultades-, se basan en abordar aspectos sociales y psíquicos de la vida de las personas que requieren un método de comunicación y escucha integral. Interesa evitar interrogatorios sobre estos aspectos, que pueden provocar inhibición o rechazo, y abordarlos mediante sugerencia abierta del tema en un espacio de confianza.

Se tratará de promover la autorresponsabilidad y el hacerse cargo de las propias actuaciones.

La intervención se apoyará en una **relación sanitario/a-paciente** con comunicación interactiva y capacidad para producir efectos de cambio, con las siguientes características:

#### ■ Establecer la relación de sujeto a sujeto

Profesional y paciente han de ser dos sujetos que interactúan. No se trata de que la persona sea “objeto” del saber del profesional y, por tanto, pasiva, sino que se busque la presencia del sujeto, evitando relaciones directivas, de poder o paternalistas.

## ■ Atención centrada en el o la paciente

La intervención se desplaza desde un foco de interés en que sería la médica o el médico quien alcanzara el saber sobre el proceso que afecta a la persona y le indique lo que ha de hacer, a que el foco de atención sea que la persona alcance el saber sobre su propio proceso y actúe en consecuencia:

- el o la paciente es quién posee el saber sobre lo que le ocurre
- es quién ha de reconocer los contenidos de su proceso
- es quién ha de responsabilizarse y producir sus propios cambios
- mantener la posición profesional que pone sus conocimientos a disposición de la persona.

## ■ Escuchar

Posición de escucha integral selectiva de los aspectos psicosociales del discurso y sus significados para cada persona.

- tomar al usuario/a como sujeto integral incluyendo las esferas biológica, psíquica y social
- escuchar los hechos biográficos
- dar valor a lo que la usuaria/o dice y sabe de sí misma
- tomar lo que dice como fuente de información válida
- prestar atención a lo que significan para la persona sus actuaciones o dificultades.
- realizar preguntas abiertas para estimular el relato de la usuaria/o y seguirlo sin interrumpirlo con otras preguntas mientras esté hablando de aspectos psicosociales

## ■ Contener

- mantener actitud de relación abierta y de contacto
- veracidad y coherencia verbal y paraverbal
- tolerancia y acogimiento de la posible ansiedad o angustia

- empatía
- no hacer juicios de valor ni mantener posturas moralizantes
- sostener a la usuaria/o tolerando sus expresiones emocionales o relatos perturbadores, mantener la presencia tranquila, la mirada y algún contacto, incluso sólo escuchar resulta una contención eficaz
- poner límites a lo que puede ser atendido y lo que sobrepasa y debe atenderse en otro momento o lugar
- mantener la diferenciación de profesional a paciente no confundiendo las posiciones de cada uno/a.

### ■ Localizar

- localizar los momentos biográficos y/o acontecimientos vitales que se relacionan con las dificultades y actitudes problemáticas
- localizar las ideas o experiencias sensibles y significativas para la persona que se relacionan con la exposición a prácticas de riesgo:
  - acontecimientos de relación de pareja con las que puede empezar una dependencia material o afectiva
  - experiencias de pérdida que hayan dejado en posiciones pasivas o de victimización
  - enfermedades o accidentes que puedan cambiar la autoestima y vitalidad y favorecer la dependencia y pasividad
- localizar ideas que obstaculizan prácticas preventivas
- animar a formular sus propias dificultades y razones para cambiar.

### ■ Señalar

Se trata de catalizar y devolver para que la persona descubra por si misma y se proponga razones e intenciones de cambio:

- señalar los momentos o situaciones escuchadas que son importantes para las actitudes y conductas problemáticas o de riesgo



- señalar la relación de las ideas o experiencias que condicionan las actitudes de exposición al riesgo
- devolver elaborados los aspectos psicosociales y de género escuchados que condicionan los problemas planteados
- hacerlo con lenguaje tentativo e incluso interrogativo, a modo de sugerencia, y no directivo o dogmático.

### ■ Causar impactos y efectos

Este tipo de relación favorece que la persona se dé cuenta por sí misma y cambie de una posición pasiva y objetal, en la que no es tan dueña de sus actos, a otra activa subjetiva en la que conoce de sí misma y puede cambiar:

- reconocer y valorizar el conocimiento subjetivo
- transmitir mensajes de cambio que proporcionan información a la par que influyen y producen efectos
- mensajes que impacten en las dificultades localizadas, desde una relación sanitario/a-paciente sensible a lo que para el o la paciente significan
- mensajes que contengan actitudes alternativas
- mensajes positivos basados en la confianza, en la capacidad de autovaloración y capacidad de cambio, no de alerta, restricción y peligro.

Segunda parte:  
Protocolo de  
Intervención  
Preventiva



# 1. Objetivos

## General

- **Contribuir a prevenir** la transmisión heterosexual del VIH entre usuarias y usuarios de los servicios de Atención Primaria.

## Estratégicos

- **Detectar** desde los servicios de atención primaria la vulnerabilidad diferencial de mujeres y hombres a la infección por VIH por vía heterosexual y **actuar** preventivamente de acuerdo con cada situación detectada.

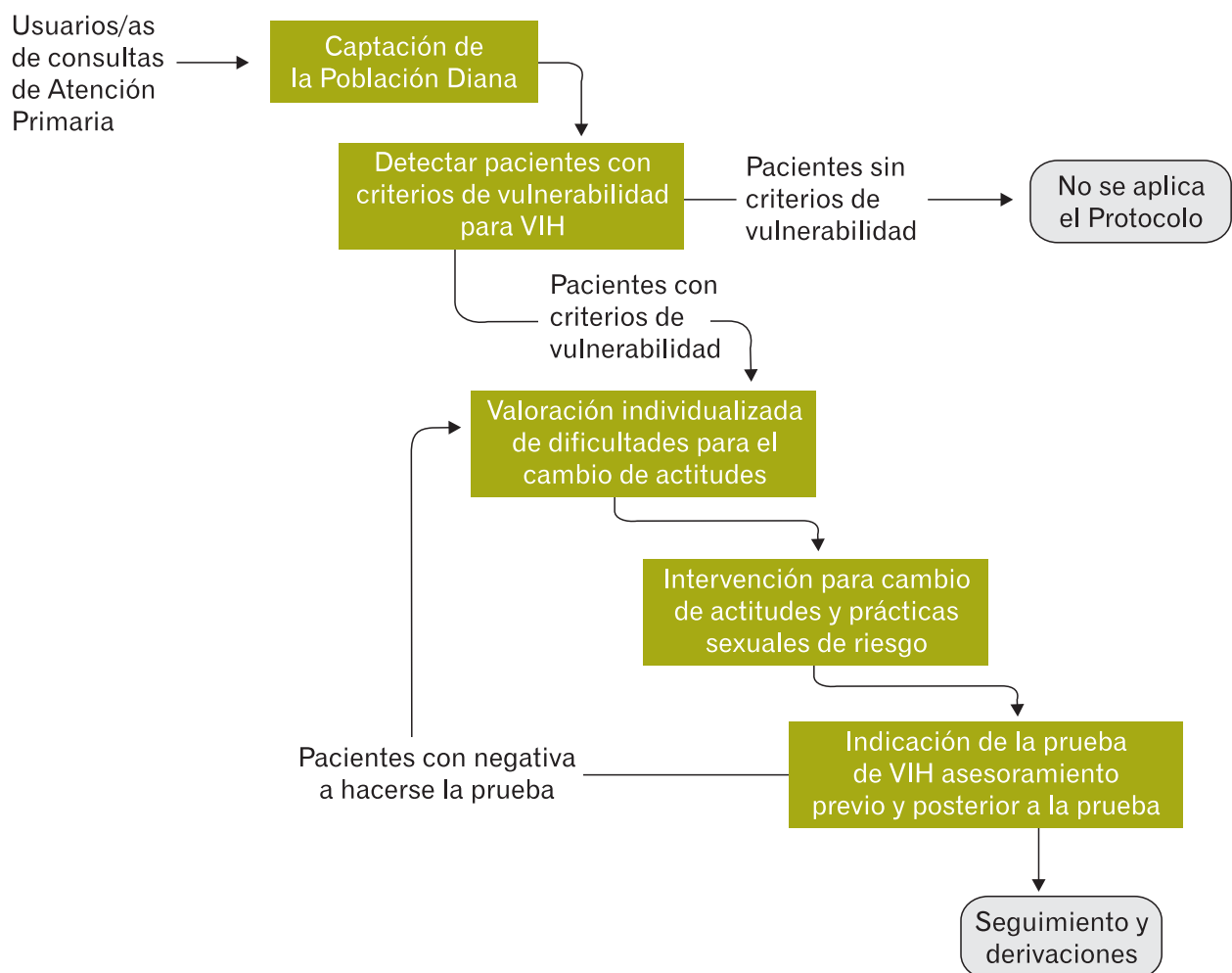
## Instrumentales

- **Visibilizar** conductas o prácticas de riesgo y vulnerabilidad de mujeres y hombres al VIH y las actitudes de género que las sustentan.
- **Transmitir** información preventiva personalizada.
- **Promover** la práctica de sexo más seguro.
- **Influir** en el cambio de actitudes de género.
- **Modificar** las conductas de riesgo para el VIH.
- **Detectar** precozmente la infección por VIH.

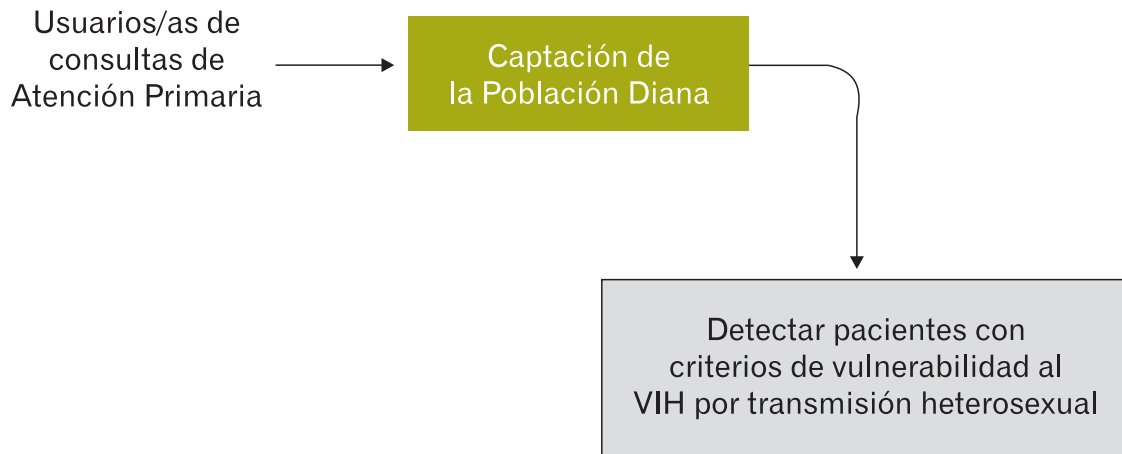


## 2. Actuaciones

### Esquema global de actuaciones



## 2.1 Captación de la población diana



La población susceptible de intervención preventiva estaría integrada por personas que acuden a consultas de atención primaria y pueden estar manteniendo prácticas sexuales de riesgo. Dado que esta población es inabarcable, para orientar la actuación y aplicación del protocolo se acota la población diana mediante criterios de vulnerabilidad al VIH por vía heterosexual que se definen en el apartado siguiente y que serán la población a captar.

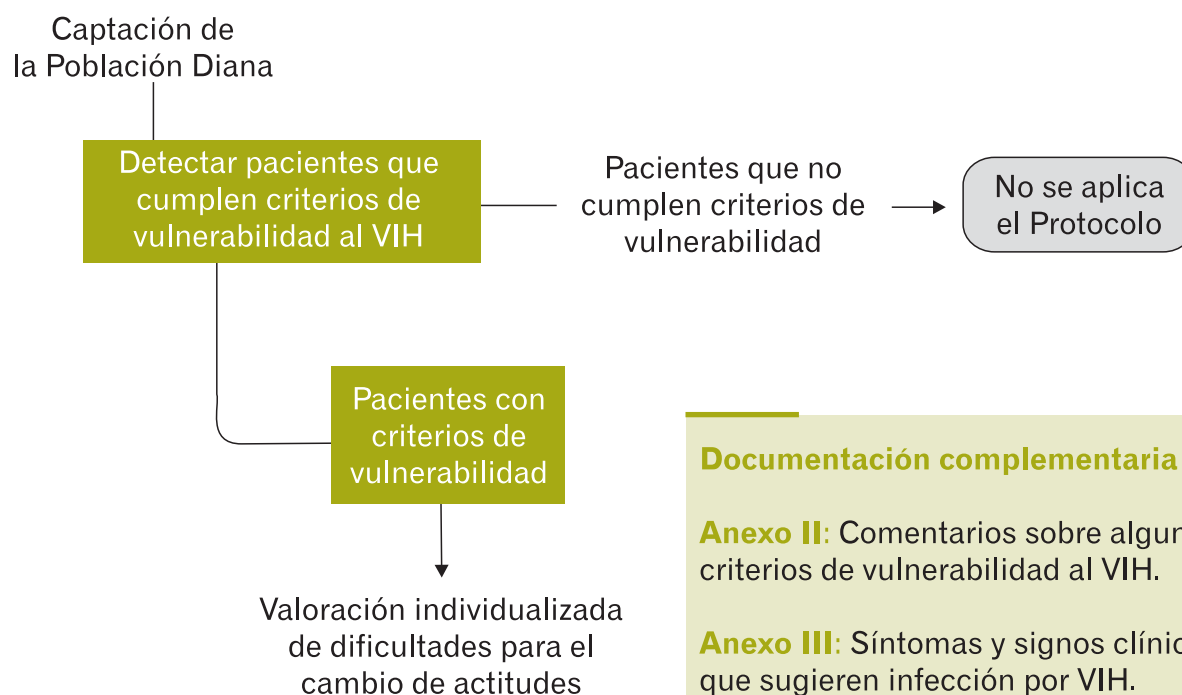
Se captarán a través de cualquier encuentro en la consulta de atención primaria.

Los y las profesionales que pueden captar, detectar e intervenir en la prevención son los de medicina general y de familia, ginecología, enfermería, matrona y trabajo social.

## 2.2 Detección de pacientes con criterios de vulnerabilidad para VIH

### Dirigido a:

Personas que acuden a consultas de Atención Primaria y que pueden mantener prácticas sexuales de riesgo



### Documentación complementaria

**Anexo II:** Comentarios sobre algunos criterios de vulnerabilidad al VIH.

**Anexo III:** Síntomas y signos clínicos que sugieren infección por VIH.

**Capítulo 3:** Método de relación sanitarios/as - paciente.

## Cómo se realiza la detección

### Los criterios se manifestarán

- Porque son expresados por los o las pacientes
- Porque el o la profesional conozca su situación personal o familiar
- Por sospecha de la o el profesional
- Pueden detectarse en el curso de varias consultas

### Método de comunicación

- Sugerir el tema en un espacio de confianza
- Comunicación no directiva. Evitar forma de interrogatorio
- Escucha selectiva de factores psicosociales
- Atención a información biográfica subjetiva



## Cómo se realiza la detección

### Criterios de vulnerabilidad al VIH por vía heterosexual

Son criterios orientativos sobre situaciones personales o clínicas que indican potencial exposición a infección por VIH. Por tratarse de un protocolo de prevención de transmisión heterosexual no se incluyen relaciones de hombres con hombres o uso compartido de material de inyección de drogas. **ANEXO II: Comentarios sobre algunos criterios de vulnerabilidad**

#### ■ Criterios para mujeres

- Mantener o haber mantenido relaciones sexuales con un hombre:
  - seropositivo
  - usuario o ex -usuario de drogas intravenosas (UDI)
  - usuario de prostitución
  - con prácticas homo/bisexuales
  - que mantiene o ha mantenido múltiples parejas
  - del que desconoce su estado serológico.
- Mantener o haber mantenido múltiples parejas.
- Usar la prostitución o trabajar en la prostitución.
- Mantener relaciones sexuales siendo una mujer joven con hombres mayores.
- Vivir situaciones de transición, cambio o crisis de pareja, en las que las relaciones sexuales se abren temporalmente a otras personas.
- Vivir situaciones de vulnerabilidad psicosocial como sujeción a relación tradicional de género (subordinación y dependencia).
- Historia previa o actual de malos tratos en la pareja.
- Historia previa o actual de relaciones sexuales forzadas en pareja o no.
- Historia previa o actual de abusos sexuales.
- Historia previa o actual de otras infecciones de transmisión sexual (ITS).
- Historia previa o actual de otras ITS de la pareja sexual.
- Indicios clínicos de VIH o enfermedades indicativas de sida no diagnosticado.

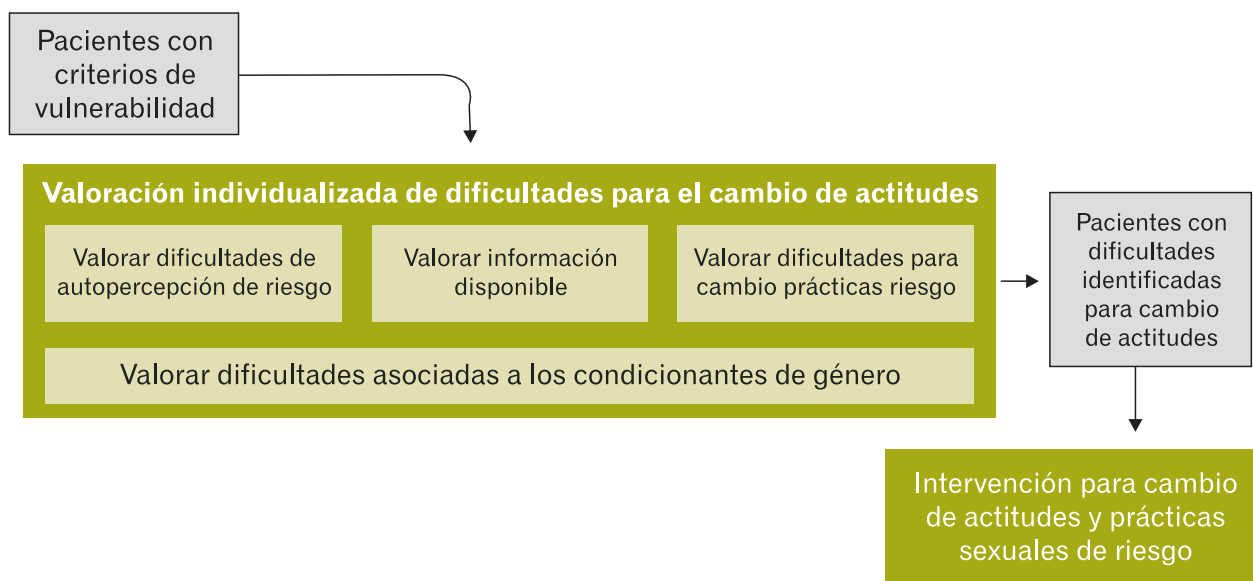
#### **ANEXO III: Síntomas y signos clínicos de infección por VIH**

#### ■ Criterios para hombres

- Mantener o haber mantenido relaciones sexuales con una mujer:
  - seropositiva
  - usuaria o ex -usuaria de drogas intravenosas (UDI)
  - que mantiene o ha mantenido múltiples parejas
  - de la que desconoce su estado serológico.
- Usar la prostitución.
- Mantener o haber mantenido múltiples parejas.
- Mantener o haber mantenido relaciones homo/bisexuales.
- Vivir situaciones de transición, cambio o crisis de pareja en las que las relaciones sexuales se abren temporalmente a otras personas.
- Historia previa o actual de otras ITS.
- Historia previa o actual de otras ITS de la pareja sexual.
- Indicios clínicos de VIH o enfermedades indicativas de sida no diagnosticado.

#### **ANEXO III: Síntomas y signos clínicos de infección por VIH**

## 2.3 Valoración individualizada de dificultades para el cambio de actitudes



### Documentación complementaria

**Anexo IV:** Condicionantes de género que dificultan el cambio de actitudes de modelo tradicional y modelo de transición en mujeres y hombres

**Capítulo 2.** Enfoque de género y **Capítulo 3.** Método de relación sanitario/a paciente

**Manual de Prevención de la Transmisión Heterosexual del VIH/Sida en Mujeres.**

### Cómo se realiza la valoración:

**Pueden valorarse en el proceso de varias consultas**

#### Método

- Apertura del tema en espacio de confianza
- Comunicación no directiva. No interrogatorio
- Preguntas abiertas sobre conocimientos
- Atención a información biográfica subjetiva
- Escucha selectiva de vivencias de relación de pareja
- Realización de preguntas abiertas para estimular el relato
- Seguimiento de la lógica del relato biográfico sin interrumpirlo

## Qué se valora

### Valorar dificultades para la auto-percepción del riesgo

Los problemas para percibir el propio riesgo residen en actitudes de resistencia a ser conscientes de la propia vulnerabilidad:

- La convicción de que el riesgo de infección no tiene nada que ver con el comportamiento sino con circunstancias que escapan a su control.
- Negación de la vulnerabilidad y el riesgo por estar sujetos/as a la representación social del sida como enfermedad de grupos estigmatizados.
- Negación de la vulnerabilidad y el riesgo como mecanismo defensivo por miedo a las consecuencias personales y sociales.
- Desconocimiento o negación de las parejas sexuales del compañero o compañeros.

### Valorar información disponible

- Valorar la información de la que dispone el/la usuaria sobre mecanismos de transmisión del VIH y medidas de prevención.
- Dificultades de acceso a la información por barreras culturales o de idioma.

### Valorar dificultades para cambio de prácticas de riesgo

- Problemas de acceso a los preservativos (disponibilidad, precio, dificultades para comprarlos).
- Falta de confianza en el uso correcto o en eficacia de los preservativo (*no son tan seguros, se pueden romper, no sé cómo ponerlo bien*).
- Percepción de que no se puede controlar de lo que pasa en la vida (*pasará lo que tenga que pasar*).
- Dificultades por situaciones de riesgo psicosocial: dependencia o precariedad económica, carencia de red de apoyo, aislamiento o marginación social, desestructuración familiar.

### Identificar dificultades asociadas a los condicionantes de género

#### 1. Identificar condicionantes de roles tradicionales

El modelo tradicional conlleva relaciones de poder/subordinación hombre/ mujer que provocan:

- la exigencia de exclusividad, posesión/ entrega
- ocultación de actividad sexual en las mujeres
- posiciones pasivas en las mujeres
- sobrevaloración de actividad sexual y prepotencia en hombres.

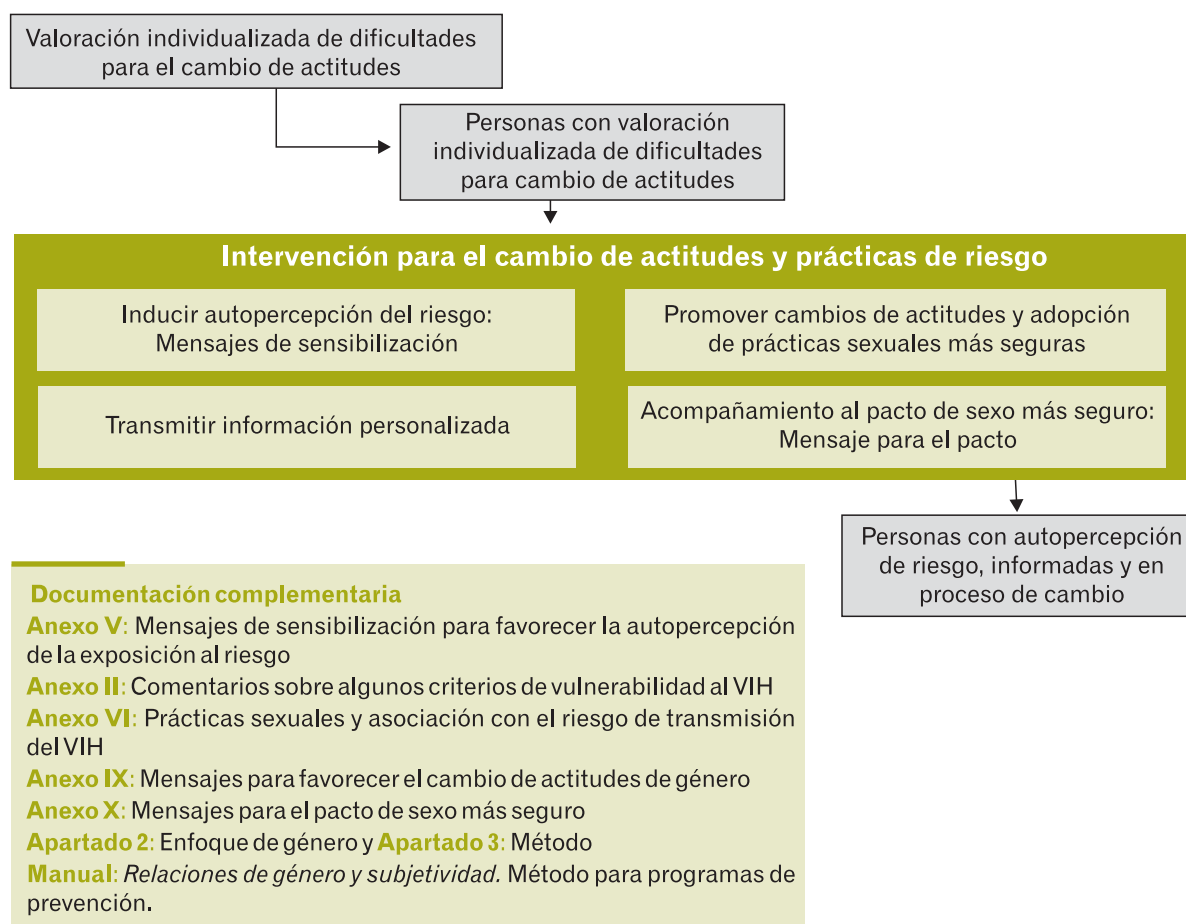
#### 2. Identificar condicionantes de modelos de transición

En los modelos de transición se dan relaciones mujer-hombre con tendencia igualitaria. Pueden mantenerse múltiples parejas a lo largo de la vida, pero, sin embargo, en el curso de las relaciones íntimas surgen contradicciones entre los ideales nuevos coexistiendo con ideales tradicionales:

- inconstancia de las prácticas sexuales más seguras según con qué parejas
- sensación de excesivo control e invulnerabilidad
- prácticas sexuales de mayor riesgo ligadas a la sexualidad de la modernidad
- imitación del modelo masculino.

### Anexo IV: Condicionantes de género que dificultan el cambio de actitudes de modelo tradicional y de transición en mujeres y hombres

## 2.4 Intervención para el cambio de actitudes y prácticas de riesgo



### Cómo sensibilizar y transmitir la información

- Transmitirla a lo largo de una conversación en la que la usuaria/o exprese lo que conoce y lo que desconoce y completar la información personalizada
- Hacerlo en un lenguaje y claves de comunicación adaptadas a la persona, asegurándose su comprensión
- Pausar las informaciones atendiendo a las reacciones del usuario/as. No forzar ni provocar rechazo
- Priorizar la autopercepción del riesgo por la persona sobre la obtención de información por el sanitario/a
- Pedir opinión sobre la información que se van transmitiendo. Verificar si es captada y cómo es interpretada
- Lanzar los mensajes de sensibilización de forma sugerida, lenguaje tentativo e interrogativo y no directivo o impositivo
- Informar en más de una consulta, si es necesario
- Acompañar con folletos informativos.

### Cómo promover cambio de actitudes

- Método de relación sanitario/a/paciente sensible para causar efectos de sujeto
- Búsqueda de cambio de posición objetal pasiva a sujeto activo
- Localizar y señalar acontecimientos biográficos ligados a las actitudes de género
- Transmitir mensajes de cambio.

## Elementos de la intervención

### Inducir percepción de riesgo y vulnerabilidad de la persona

- **Informar** sobre el tipo de relaciones que suelen darse en las prácticas sexuales de riesgo. Esta información facilita que el usuario o usuaria perciba si por su actividad sexual puede estar, o haber estado incluido/a en la cadena de transmisión. (**Apartado 2.2. Criterios de vulnerabilidad**)
- **Transmitir mensajes** que se dirijan a invalidar las creencias estereotipadas sobre la vulnerabilidad.

### Anexo II : Comentarios sobre algunos criterios de vulnerabilidad al VIH

### AnexoV: Mensajes de sensibilización para favorecer la autopercepción del riesgo

### Transmitir información personalizada

- **Información** sobre valoración del riesgo de prácticas sexuales

### Anexo VI: Prácticas sexuales y asociación con el riesgo de transmisión del VIH

- **Información** sobre prácticas sexuales más seguras
  - refuerzo de relación erótica y sexual no coital
  - uso de preservativo en cada relación sexual
  - negativa a mantener relaciones de riesgo
  - no mantener relaciones sexual bajo los efectos de alcohol o drogas que disminuyen el uso de medidas preventivas.
- **Proponer** aplicación de protocolo postexposición a la infección por VIH.

### Anexo VII: Protocolo post-exposición al VIH

### Anexo VIII. Uso del preservativo masculino y femenino

### Promover el cambio de actitudes y adopción de prácticas sexuales más seguras

- **Localizar** los momentos biográficos y acontecimientos vitales en que se inician o refuerzan los condicionantes de género identificados
- **Señalar** las actitudes y su localización biográfica
- **Transmitir** mensajes de cambio alternativos a los condicionantes de género identificados
- **Apoyar y validar** formas de relación no sujetas a condicionantes tradicionales de género

### Anexo IX: Mensajes para favorecer el cambio de actitudes de género

### Acompañamiento al pacto para sexo más seguro

Necesidad del pacto:

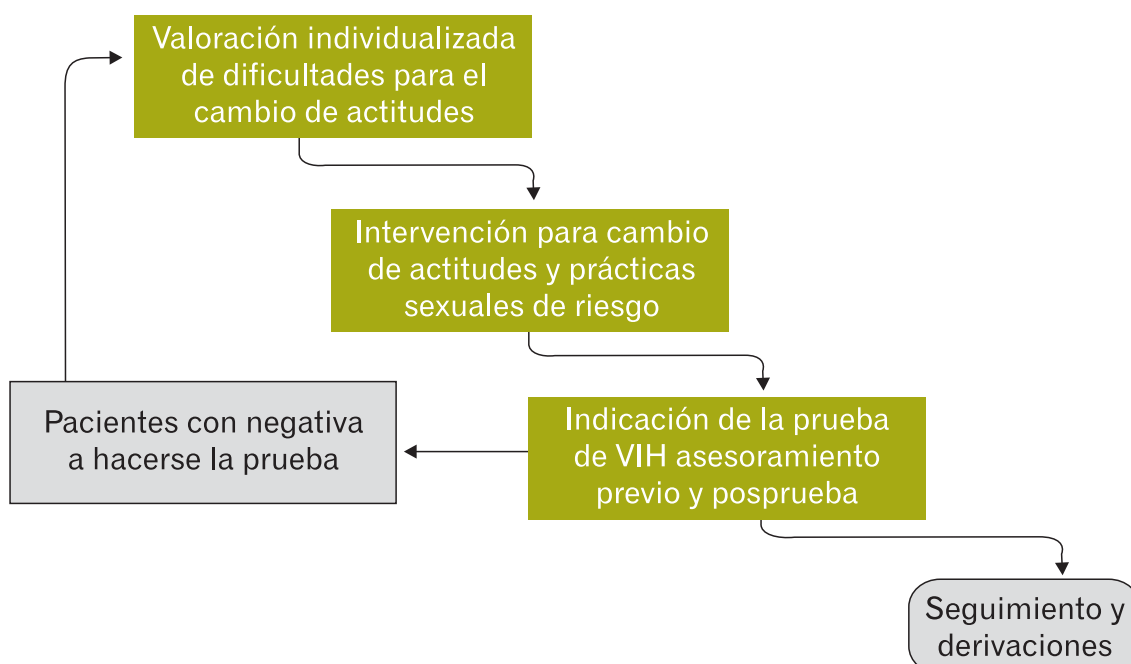
- Con la información y las intenciones de cambio no basta. Hay que abordar un pacto de sexo más seguro con una/o misma y con la pareja o parejas.
- No sólo hay que animar a la persona a cambiar las actitudes que son un obstáculo para un sexo más seguro, también hay que tener en cuenta que su pareja ha de cambiar las suyas.
- Es un proceso que puede llevar un tiempo durante el que hay que dar acompañamiento.
- La propuesta de sexo más seguro en una pareja es una carga de profundidad a las relaciones de desigualdad. Los obstáculos para el pacto son los condicionantes de género.
- La percepción del riesgo conlleva, a veces, que se hagan visibles parejas sexuales e insatisfacciones anteriores que no se comunicaban, lo que hace necesario un proceso de elaboración en la pareja.

### Anexo X. Mensajes para el pacto de sexo más seguro

## 2.5 Diagnóstico de infección por VIH

### Dirigido a:

Cualquier persona, hombre o mujer, que haya tenido prácticas de riesgo, presente indicios clínicos de infección por VIH o desee conocer su estado serológico



### Documentación complementaria

**Anexo III:** Síntomas y signos clínicos que sugieren la presencia de infección por VIH

**Anexo XI:** Tipos de pruebas de VIH y periodo ventana

**Anexo XII:** Apoyo a pacientes después de un resultado positivo al VIH

## Condiciones para la petición de la prueba de VIH

- Voluntaria y con consentimiento informado no necesariamente escrito
  - Informar y asesorar antes de la prueba
  - Verificar la comprensión
  - Respetar la decisión del/la paciente
- Confidencialidad y secreto profesional
- Consejo posterior a la prueba

## Asesoramiento previo a la prueba del VIH

### □ Información

- Informar en qué consiste la prueba, periodo ventana y tiempos de espera. **Anexo XI. Tipos de pruebas de VIH y periodo ventana**
- Avisar de posibles alteraciones emocionales que pueden aparecer durante el tiempo de espera hasta la entrega de resultados.
- Ofrecer disponibilidad para consultas intermedias antes del resultado para contener y asesorar si es necesario.

### □ Elaborar la posibilidad de que la prueba resulte positiva

- Un resultado positivo significa la presencia de infección por VIH, pero no de sida.
- Valorar temores o reacciones de ansiedad desmesuradas.
- Transmitir el mensaje de que conocer su estado permite mejor control y cuidados.
- Adelantar el apoyo emocional e informar del seguimiento y los controles médicos en el supuesto de un resultado positivo.

### □ Elaborar la posibilidad de que la prueba resulte negativa

- Anticipar posibilidad de sensación de invulnerabilidad y euforia. La prueba negativa no garantiza que no se pueda infectar en el futuro si tiene prácticas de riesgo.

### □ Si la persona decide hacerse la prueba

- Indicarla garantizando la confidencialidad.

### □ Si la persona decide no hacerse la prueba

- En ningún caso se debe forzar la decisión. No es ético ni es eficaz para los fines de la salud pública.
- Si le surgen dudas y decide posponer la realización de la prueba, se le citará para nuevas visitas, priorizando el trabajo con el cambio de actitudes, condicionantes de género, prácticas de riesgo y la posible realización posterior de la prueba.  
Mientras no se sienta capaz de hacerse la prueba habiendo mantenido prácticas de riesgo, trabajar para que mantenga prácticas de sexo más seguro.

## Asesoramiento después de la prueba

### Resultado negativo

- ❑ Con una prueba ELISA negativa es suficiente. En general, se consensúa que un resultado negativo es seguro cuando han pasado 3 meses desde la última práctica de riesgo. **Anexo XI. Tipos de pruebas de VIH y periodo ventana**
- ❑ Un resultado negativo puede crear un sentimiento de euforia o falsa seguridad y éste es el momento adecuado para aportar la información necesaria sobre la posibilidad de infectarse si se siguen realizando prácticas de riesgo.
- ❑ Oferta de servicios de planificación familiar, centros de drogodependencias y los que ofrezca el propio centro de salud, según la problemática planteada.
- ❑ Entrevista a los 3-6 meses:
  - valorar la adopción, mantenimiento y/o dificultades habidas en el cambio de actitudes y prácticas de riesgo
  - seguimiento de consejo para cambio de actitudes y de condicionantes de género, así como realizar asesoramiento y consejo para nueva oferta de la prueba.

### Resultado positivo

- ❑ Es necesaria prueba ELISA y *Western-Blot*
- ❑ El consejo tras un resultado positivo ha de contener y ayudar a reconstruir a la persona mediante apoyo emocional, transmisión de esperanza y toma de control de su vida.
- ❑ Como con otros diagnósticos de enfermedades que implican gravedad, y que en el caso del VIH se apoyan tanto en el temor a la enfermedad como en el temor al potencial rechazo social, se desencadena un proceso de duelo psíquico. Es necesario acompañar, apoyar y aconsejar durante todo el proceso. **Anexo XII. Apoyo a pacientes después de un resultado positivo de VIH.**



## Petición de la prueba de VIH a mujeres embarazadas

Cuando no se disponía de profilaxis antirretroviral el riesgo de transmisión perinatal de una mujer infectada a su hijo/a se situaba en torno al 20%, pero la efectividad de los tratamientos lo ha reducido por debajo del 2%.

Por este motivo la prueba del VIH está indicada de forma sistemática en todas las mujeres embarazadas o que piensen tener un hijo/a con el fin de poder ofrecer consejo prenatal, tratamiento antirretroviral o la opción de interrumpir el embarazo, en caso de que resulte seropositiva.

- ❑ La petición de la prueba ha de hacerse en las mismas condiciones descritas anteriormente y siempre con consentimiento informado.
- ❑ Si el resultado es positivo ha de atenderse a las especiales circunstancias que supone el embarazo.
- ❑ Informar a la gestante sobre el actual estado de la cuestión, el riesgo de transmisión vertical, y mantener la objetividad y respeto a las próximas decisiones de la mujer.
- ❑ Puede optar por interrumpir su embarazo hasta las 22 semanas de gestación, según la legislación vigente.
- ❑ Puede continuar su embarazo y realizar tratamiento con antirretrovirales lo antes posible.
- ❑ Tener en cuenta que la mujer ha de tomar decisiones muy difíciles y urgentes, por lo que el soporte y consejo es muy importante.
- ❑ Derivación a servicio de embarazo de alto riesgo para tratamiento y seguimiento.

## 2.6 Seguimiento y derivación

### Seguimiento de cambio de actitudes

- Se continuará en consulta programada o sucesivas consultas:
  - a demanda para seguimiento del cambio de actitudes y prácticas de riesgo
  - opción de intervención con la pareja para revisar y acompañar en el cambio de actitudes de relación entre ambos.

### Petición de serología VIH

- Se continuarán consultas para cambio de actitudes y obtención de consentimiento informado en casos de potencial exposición a VIH, si el o la paciente no consiente en hacerse la prueba.

### Resultados de serología y consejo

- Se seguirán consultas en caso de petición de la prueba de VIH para resultados y consejo post-test si el resultado ha sido positivo.
- Después del impacto inicial y a medida que el/la paciente vaya asimilando su nueva realidad, el o la profesional de atención primaria deberá dar apoyo en todos sus procesos:
  - cuando ha de iniciar algún tratamiento, modificarlo o recibir resultados de control
  - cada vez que le bajan las defensas y/o aparece alguna nueva infección
  - cuando se siente discriminado/a y/o maltratado por ser seropositivo/a
  - cuando se plantea ser padre o madre
  - cuando muere por sida alguna persona cercana.

Prestando atención a:

- Importancia de una buena nutrición, descanso, ejercicio y control del estrés.
- Aspectos psicológicos de su nueva realidad y acontecimientos.
- Sexo más seguro y adherencia a las medidas de prevención:
  - Usar preservativo siempre en cada relación sexual y repasar su utilización correcta, reforzar positivamente las prácticas sin riesgo, evitar las relaciones bajo los efectos del alcohol o drogas porque podrían disminuir el uso de medidas preventivas.

### Derivaciones

- Derivación de pacientes según las disponibilidad y acuerdos de los servicios de salud de cada comunidad autónoma (servicio hospitalario de infecciosas o medicina interna, servicios de ITS y planificación familiar, salud mental, servicios sociales, recursos asociativos comunitarios).

### Anexo XIII: Recursos de atención al VIH/sida por comunidades autónomas



## 3. Sistema de información

El sistema de información consta de dos partes: el registro y la evaluación.

La recogida de información se hará fundamentalmente a partir de la captación oportunista de personas que acuden a consulta de demanda, enriquecido por el conocimiento de la historia que el/la profesional tiene de cada paciente y que permitan identificar criterios de vulnerabilidad.

### 3.1 Registro

Cada Centro de Salud dispone de un sistema de información que puede basarse en soporte informático o manual.

En el caso del **sistema informatizado**, se preverá la recogida, además de los datos de cada paciente en sus historias clínicas, y de registros anónimos no relacionados con los o las pacientes que permitan diferenciar:

- Captación para este protocolo
- Valoración
- Intervención
- Resultados de pruebas VIH realizadas.

Se propone un modelo de hoja de registro informatizado (**Anexo XIV**) que permite seguir la intervención del o la paciente además de marcar datos que permitirán construir posteriormente los indicadores de evaluación que se desarrollan en el **Anexo XV**.

En los centros que no dispongan de sistema informatizado, se propone un **sistema de registro manual (Anexo XIV)** mediante un modelo de hoja de registro. Se plantea cumplimentar mediante X en cada tipo de consulta realizada en un periodo dado, para posteriormente obtener los totales que hagan posible la evaluación del protocolo.

Así al final obtendremos:

Total de personas captadas  
Total de consultas en que se han detectado criterios de vulnerabilidad al VIH  
Total de consultas con intervención realizadas  
Total de resultados positivos de prueba VIH

### 3.2. Evaluación

El procedimiento de evaluación del protocolo se adaptará según la disponibilidad y el tipo de programa informático utilizado por cada Equipo de Atención Primaria.

En los centros en que funcione sistema informático, y previo registro según el modelo propuesto en el Anexo XIV, se podrán elaborar los indicadores de evaluación que se desarrollan en el Anexo XV.

En los centros de salud donde no está en funcionamiento un sistema informático se evaluará con los datos registrados manualmente, según el modelo de registro manual del Anexo XIV.

Tanto en caso de registro informatizado o manual se proponen cinco indicadores básicos de funcionamiento que permiten evaluar la aplicación del protocolo en un período dado, preferiblemente un año natural.

#### 1. Captación:

$$I_1 = \frac{\text{Nº de personas captadas}}{\text{Total de población que atiende el centro de salud}} \times 100$$

## 2. Valoración:

$$I_2 = \frac{\text{N}^\circ \text{ de personas valoradas}}{\text{N}^\circ \text{ total de personas captadas}} \times 100$$

## 3. Intervención:

$$I_3 = \frac{\text{N}^\circ \text{ de personas con intervención sobre actitudes y prácticas de riesgo}}{\text{N}^\circ \text{ de personas captadas}} \times 100$$

## 4. Indicación de la prueba:

$$I_4 = \frac{\text{N}^\circ \text{ de personas a las que se les ha indicado la prueba de VIH}}{\text{N}^\circ \text{ de personas captadas}} \times 100$$

## 5. Positividad de la prueba:

$$I_5 = \frac{\text{N}^\circ \text{ de resultados VIH +}}{\text{N}^\circ \text{ de pruebas realizadas}} \times 100$$



## 4. Referencias

### Epidemiología

ONUSIDA. Situación de la epidemia de SIDA. UNAIDS. Ginebra, diciembre 2003. [Consulta 31 de marzo de 2004]: [http://www.unaids.org/wad/2003/Epiupdate2003\\_sp/EpiUpdate2003\\_sp.pdf](http://www.unaids.org/wad/2003/Epiupdate2003_sp/EpiUpdate2003_sp.pdf)

Nuevos diagnósticos de infección por el VIH en 5 hospitales de la corona metropolitana de Madrid. Proyecto COMESEM 2001. Estudio FIPSE. En: VIH y sida en España. Situación epidemiológica 2001. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 2002.

Infección por VIH y Sida. Plan Multisectorial 2001-2005. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2001.

Vigilancia epidemiológica del sida en España. Registro Nacional de casos de sida. Situación a 30 de junio de 2004. Informe Semestral nº1. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Centro Nacional de Epidemiología, Madrid, 2004.

Indicadores del Plan Multisectorial frente al VIH/sida en España. Actualización noviembre 2003. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2003.

VIH y sida en España. Situación epidemiológica 2001. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 2002.

Velasco S. Transmisión Heterosexual del VIH/sida en España. Revisión epidemiológica. Instituto de la Mujer, Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, Madrid, 2002.

SIVES 2003. Sistema Integrat de Vigilància Epidemiològica de l'HIV/sida a Catalunya. Document Tècnic número 16. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Barcelona 2004.

### Género y VIH/sida

Campaña 2004 ONUSIDA. Mujeres, Muchachas, VIH y Sida. <http://www.unaids.org/wac2004>

Seminario sobre *Mainstreaming* de Género en las Políticas de Salud en Europa. Madrid, 14 de septiembre de 2001. Promovido por la Oficina Regional para Europa de la OMS, Ministerio de Sanidad y Consumo y Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer, Madrid, 2002.

Garenne M, Lydié N. Gender and AIDS. Paper prepared for the WHO monograph on Gender Analysis of Health. Julio 2001. [Consulta 2004-04-16]: <http://www.who.int/gender/documents/GenderAIDS.pdf>



Gupta GR, Whelan D, Allendorf K. Integrating Gender into HIV/AIDS Programs. Expert consultation by WHO, 3-5 June 2002. [Consulta 2004-04-16]: [http—www.who.int-gender-hiv\\_aids-hiv aids1103.pdf](http://www.who.int-gender-hiv_aids-hiv aids1103.pdf).

Morin M. Representaciones sociales y prevención del SIDA. En: Basabe N, Páez D, Usieto R, Paicheler, Daschamps J-C. El desafío social del SIDA. Fundamentos, Madrid, 1996

Pannos Institute. Triple riesgo. Mujeres y Sida. Icaria, Madrid, 1995.

Velasco S. Prevención de la Transmisión Heterosexual del VIH/Sida en Mujeres. Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1999.

## Guías, programas y modelos de atención

Prevención de la infección por el VIH en el marco asistencial. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1999. [Consulta on line 2004-05-03] <http://www.msc.es/profesional/preProSalud/sida/pdfs/vih-sida.pdf>

Guía de actuación ante la infección VIH-SIDA en Atención Primaria. Gobierno de Navarra. Departamento de Salud, 1995.

Actuación en prevención de la infección por el VIH en Atención Primaria. Dirección Territorial del Insalud Madrid y Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, Comunidad de Madrid, Madrid 1999.

Prevención del embarazo y de la transmisión heterosexual del VIH/SIDA en mujeres expuestas. Federación de Planificación Familiar de España. Madrid, Tomo I: 1994, Tomo II: 1995.

La dona i la infecció per l'HIV. Manual per a professionals sanitaris. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social, Barcelona, 1999.

Manual d'educació sanitària per a la prevenció de la infecció pel VIH. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social, Barcelona, 1996.

La infección por el VIH: Guía práctica. Junta de Andalucía, Consejería de Salud, Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas, Sevilla, 2000.

Procesos Asistenciales Integrados. VIH/sida. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. [Consulta 2004-0-14]: [http://www.juntadeandalucia.es/salud/principal/documentos.asp?pagina=acceso\\_procesos](http://www.juntadeandalucia.es/salud/principal/documentos.asp?pagina=acceso_procesos)

Prevención del VIH y sida y otras infecciones de transmisión sexual en personas que ejercen la prostitución. Elementos clave para el desarrollo de programas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, Madrid, 2003.

Guías de salud. Enfermedades de transmisión sexual. Generalitat Valenciana [Consulta on line 2004-05-03] <http://www2.san.gva.es/publicaciones/pdfs/guiasactuacion/18%20ETS.pdf>

Guía de tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS) de CDC. 2002. [Consulta on line 23-juni 2004] <http://www.cdc.gov/STD/treatment/rr5106.pdf>

Protocolo de tratamiento de ITS de la Sociedad Española de Microbiología y Enfermedades Infecciosas. [Consulta on line 23-juni 2004] <http://www.seimc.org/protocolos/clinicos/proto8.htm>

Protocolo de la infección por VIH y del sida en atención primaria, Gerencia de Atención Primaria de Mallorca, INSALUD BALEARS. Palma de Mallorca, octubre, 1999.

Malterud, Kirsti; Hollnagel, Hanne. Women's self-assessed personal health resources. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 1997 Dec; Vol 15(4): 163-168.

Tizón García, J. Componentes psicológicos de la práctica médica. Una perspectiva desde la atención primaria. Biblaria, Barcelona, 1996.

Velasco S. Relaciones de género y subjetividad. Método para programas de prevención. Instituto de la Mujer y Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, Madrid, 2002.

## Consentimiento y consejo para test de VIH

*Counselling* sobre l'HIV: Suport psicosocial i relació d'ajuda a la persona seropositiva. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social, Barcelona, 1999.

Global AIDS Program: Strategies. Voluntary Counseling and Testing (VCT). National Center for HIV, STD and TB Prevention. Center for Disease Control, 2004. [On line] abril 2004 [http://www.cdc.gov/nchstp/od/gap/strategies/2\\_1\\_vct.htm](http://www.cdc.gov/nchstp/od/gap/strategies/2_1_vct.htm)

OMS. El derecho de saber. Nuevos enfoques del asesoramiento y las pruebas del VIH, 2003. [http://www.who.int/hiv/pub/vct/en/Right\\_know\\_S.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/vct/en/Right_know_S.pdf)

Prueba de detección del VIH. Herramientas prácticas: *counseling* de "ante" y "post" prueba. Asociación Counseling, Santé et Développement y Sociedad Comment Dire, Paris. [Consulta On line 2004-05-19]: [http://www.counselingvih.org/es/action/index\\_outilsdepistage.php](http://www.counselingvih.org/es/action/index_outilsdepistage.php)







# Anexos



## Anexo I. Relación de profesionales que han participado en la revisión del Protocolo

### Andalucía

Víctor Sarmiento González-Nieto. Médico  
Técnico de Gestión

#### Servicios Centrales del Servicio Andaluz de Salud

Miguel Sagrista González. Médico  
Director del Centro de Salud Campana - Sevilla  
María Jesús Alonso Llamazares  
Centro de Salud Victoria.  
Centro de Orientación Sexual de Málaga

Carmen Lama Herrera  
Servicio de Planificación Operativa  
Servicio Andaluz de Salud

Miguel Picó Juliá. Médico  
Asesor Técnico  
Consejería de Salud  
Junta de Andalucía

### Aragón

M<sup>a</sup> Manuela Plumed Parrilla. Médica  
Jefa de Sección de Vigilancia Epidemiológica y Promoción de Salud  
Servicio Provincial de Salud y Consumo  
Subdirección de Salud Pública - Teruel

Teresa Yago Simon. Ginecóloga  
Directora del Centro de Promoción de la Salud  
Centro de Promoción de la Salud  
Ayuntamiento de Zaragoza

Dolores Ariño. Médica especialista en Medicina Interna  
Centro de Salud San Pablo - Zaragoza

Concepción Tomás Aznar. Médica  
Departamento de Fisiatría y Enfermería  
Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de la Universidad de Zaragoza



Mariano Rodríguez Torrente. Médico  
Coordinador Médico de Formación  
Unidad Docente Atención Primaria  
Sector Sanitario de Huesca y Barbastro  
Servicio Aragonés de Salud

M<sup>a</sup> Victoria Burgos Díaz. Médica  
Coordinadora Médica EAP  
Centro de Salud de Sariñena - Sariñena (Huesca)

Dolores Idáñez Rodríguez. Médica de Familia  
Equipo de Atención Primaria  
Centro de Salud Santo Grial - Huesca

### **Asturias**

Esther Arbesú Fernández. Médica  
Técnica de Salud Pública  
Gerencia de Atención Primaria  
Servicio de Salud del Principado de Asturias - Mieres

Maria Consolación Arranz Gaité. Médica  
Equipo de Atención Primaria  
Centro de Salud Otero - Oviedo

Mercedes García Ruiz. Psicóloga y Sexóloga  
Técnica de Salud  
Consejo de la Juventud del Principado de Asturias - Oviedo

Marian Uría Urraza. Socióloga  
Instituto Asturiano de la Mujer - Oviedo

### **Baleares**

Magdalena Esteva Cantó  
Responsable de Formación. Unidad de Docencia  
Gerencia de Atención Primaria - Mallorca

### **Cantabria**

Ana Estébanez Ortega. Trabajadora Social  
COF "La Cagiga"  
Servicio Cántabro de Salud - Santander

Susana Rodríguez Rúa. Médica de Familia  
Equipo de Atención Primaria  
Centro de Salud Dobra - Torrelavega

### **Cataluña**

Martí Vall Mayans. Médico  
Director  
Unidad de Infecciones de Transmisión Sexual - Barcelona

Montserrat Pineda Lorenzo. Trabajadora Social  
Coordinadora de Programas  
Creación Positiva - Barcelona

Concepció Viola Fors. Médica Gerente  
Fundación Jordi Gol i Gurina para la Investigación en Atención Primaria - Barcelona

Marta Selva i Masoliver  
Presidenta del Institut Catalá de la Dona - Barcelona

## **Extremadura**

Clarencio Cebrián Ordiales. Médico  
Subdirector de Salud Pública  
Dirección General de Atención Sociosanitaria y Salud - Servicio Extremeño de Salud

Catalina Macías Mateos  
Jefa de Sección de Enfermedades Transmisibles  
Dirección General de Atención Sociosanitaria y Salud  
Subdirección de Salud Pública - Servicio Extremeño de Salud

Sandra Chamizo Pérez. Enfermera  
Oficina de Coordinación de Sida  
Dirección General de Atención Sociosanitaria y Salud  
Subdirección de Salud Pública - Servicio Extremeño de Salud

María Encarnación Bautista Bueno. Trabajadora Social  
Oficina de Coordinación de Sida  
Dirección General de Atención Sociosanitaria y Salud  
Subdirección de Salud Pública - Servicio Extremeño de Salud

Mercedes Nieto Muñoz-Casillas. Médica  
Oficina de Coordinación de Sida  
Dirección General de Atención Sociosanitaria y Salud  
Subdirección de Salud Pública - Servicio Extremeño de Salud

Elisa Muñoz Godoy  
Subdirectora de Atención Primaria  
Dirección General de Asistencia Sanitaria - Servicio Extremeño de Salud

Santiago Pérez Avilés. Diplomado en Magisterio  
Presidente del Comité Ciudadano Antisida de Extremadura

## **Madrid**

Arantzazu Urcelay Iñurritegi. Médica  
Programa de Prevención del VIH/Sida  
Servicio de Promoción de la Salud  
Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid

Concepción Izarra Pérez. Enfermera  
Técnica en Salud Pública  
Servicio Epidemiología  
Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid

Jose Ángel García Ruiz. Médico  
Programa de Prevención del VIH/Sida  
Servicio de Promoción de la Salud  
Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid

Dulce López-Gay Lucio-Villegas. Médica  
Jefe de Sección. Servicio de Epidemiología  
Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid

## **Murcia**

Carmen M<sup>a</sup> Elgarresta Tarin. Médica. Tocoginecóloga.

Facultativa Especialista de Área

Unidad de Ginecología de Apoyo de Primaria - Centro de Salud Barrio del Carmen - Murcia

Encarnación Cantos García. Enfermera

Equipo de Atención Primaria

Centro de Salud Alcantarilla – Sangonera - Alcantarilla

Soledad Lario Simon. Enfermera

Equipo de Atención Primaria

Centro de Salud Barrio Carmen - Murcia

Caridad Redondo. Médica internista

Servicio de Medicina Interna. Unidad Atención VIH

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca - El Palmar

María González Barberá. Médica de Familia

Equipo de Atención Primaria

Centro de Salud Cartagena Oeste - Cartagena

Ascensión Parra Hidalgo. Médica de Familia

Responsable de Docencia

Equipo de Atención Primaria Centro de Salud Carmen - Murcia

Roger Soto Calpe. Médico de familia

Equipo de Atención Primaria

Centro de Salud Molina "La Consolación" - Molina de Segura

M<sup>a</sup> Teresa Martínez Ros. Médica

Técnica de Salud

Unidad Docente de la Gerencia de Atención Primaria - Murcia

## **País Vasco**

José Manuel Lorenzo. Enfermero

Servicio de Enfermedades de Transmisión Sexual - San Sebastián

M<sup>a</sup> Mar Cámara Perez. Médica

Médica Adjunta - Servicio de E.T.S.

Ambulatorio Bombero Etxaniz - Bilbao

Josefina López de Munain López. Médica

Médica Adjunta - Servicio de E.T.S. - Bilbao

## **Comunidad Valenciana**

Mercedes Pons. Médica

Jefa Servicio

Plan del Sida de la Comunidad Valenciana

Rosa Marín Torrens. Médica

Jefa de Área de la Mujer

Dirección General de la Mujer

Clara Abellán García

Directora General

Dirección General de la Mujer

## Anexo II. Comentarios sobre algunos criterios de vulnerabilidad al VIH heterosexual

En este apartado se trata de hacer visibles algunas situaciones en las que existe un riesgo potencial, y que en bastantes ocasiones no se tiene en cuenta, o pasa desapercibido en la consulta.

### **Mantener relaciones sexuales con un hombre seropositivo**

Las mujeres pareja de un hombre seropositivo se exponen a un elevado riesgo si mantienen relaciones sexuales sin protección. Este caso sigue siendo uno de los perfiles de exposición heterosexual en mujeres.<sup>1 2 3</sup>

### **Tener pareja estable con un hombre usuario de prostitución**

Las mujeres que viven bajo un modelo tradicional de género en el que el hombre es, o ha sido, usuario de prostitución y que padecen ITS de repetición y en las que la mujer no tiene acceso a la información sobre su propia exposición porque el hombre oculta sus prácticas de riesgo, o ella las niega como defensa, es un perfil de exposición silenciosa poco visible y con escasa conciencia de la vulnerabilidad por parte de las mujeres expuesta.<sup>4 5 6 7 8</sup>

### **Tener parejas estables o esporádicas con hombres con prácticas homo/bisexuales**

Las relaciones ocasionales homosexuales que mantienen varones hetero o bisexuales, pueden permanecer invisibles, ya que los varones suelen ocultarlas más aún que las relaciones con mujeres fuera de la pareja. La exposición al riesgo de sus compañeras es mayor en la

1 Gómez Lázaro, Palacios, Noguera y Castilla. Vigilancia de la infección por VIH en centros y consultas de VIH, enfermedades de transmisión sexual y planificación familiar. Resultados de las pruebas voluntarias de VIH. 1995-1997. *Boletín epidemiológico semanal*. Ministerio de Sanidad y Consumo, Semana 2, 1999, vol. 7, nº 2/13-20.

2 Rodríguez, Del Romero, García, Clavó, Ballesteros y Castilla. Evolución de la prevalencia de marcadores serológicos del VIH en el Centro Sanitario Sandoval de Madrid (1988-2000). *PUB OF SEISIDA*, Vol. 12, nº 4, abril 2001.

3 Evolución de la prevalencia de VIH en pacientes de diez centros de enfermedades de transmisión sexual y/o diagnóstico del VIH, 1992-2002. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, Ministerio de Sanidad y Consumo [On line]. [http://www.msc.es/Diseno/enfermedadesLesiones/enfermedades\\_transmisibles.htm](http://www.msc.es/Diseno/enfermedadesLesiones/enfermedades_transmisibles.htm)

4 Santos, Alastrué, Tasa, García, Fuentes, Alonso Juan, Hurtado. Tendencia de la seroprevalencia al VIH de las personas que acudieron al CIPS en 1995 y 1999. VI Congreso Nacional de Sida, Valencia, abril 2001.

5 Grupo para el Estudio de Seroprevalencia de VIH Anónimo no Relacionado en Pacientes de Consultas de ETS. Seroprevalencia de infección por el VIH en pacientes atendidos en consultas de enfermedades de transmisión sexual. *Medicina Clínica*, Vol. 114, nº 6, 2000: 211-213.

6 Martínez, Belda, Fernández, Molina. Alonso, Louis. Usuarios de 60 años o más en el CIPS de Alicante. VI Congreso Nacional de Sida, Valencia, Abril 2001

7 Lameiras Fernández M. Comentario al trabajo sobre "Conducta sexual y empleo de condón en España, 1996" de Jesús Castilla. *PUB OF SEISIDA*.

8 Prieto, Suárez, Álvarez. Centro de Atención a ETS de Algeciras. Cádiz. Motivo de demanda de serología de VIH en un centro de ETS. VI Congreso Nacional de Sida. Valencia, abril 2001.

medida en que ocultan la existencia de estas relaciones y además utilizan menos protección con ellas.<sup>9</sup>

### **Haber tenido múltiples parejas en el pasado o mantenerlas en el presente**

Habitualmente se subestima la posibilidad de exposición al riesgo por múltiples parejas de las mujeres, a las que se tiende a suponer comportamiento monógamo. Existen épocas en la vida de las mujeres en que no están en pareja y mantienen parejas sexuales sucesivas, de mucho o poco tiempo, o bien parejas estables sucesivas, o bien, parejas ocasionales estando en pareja estable.<sup>10 12 11</sup>

### **Tener una sola pareja en la que el hombre mantiene o ha mantenido múltiples parejas**

Perfil que responde a conductas de pareja estable, en la que el hombre cuenta con una historia anterior o presente de otras relaciones con mujeres.<sup>12</sup>

### **Mantener relaciones sexuales siendo una mujer joven con hombres mayores**

Se ha comprobado que las mujeres jóvenes que mantienen relaciones sexuales con hombres mayores tiene hasta cuatro veces más probabilidades de adquirir una ITS que las que tiene parejas de su edad.<sup>13</sup>

### **Vivir situaciones de transición, cambio o crisis de pareja, en las que las relaciones sexuales se abren temporalmente a otras personas**

En las relaciones esporádicas en circunstancias no habituales, las personas, y sobre todo las mujeres, utilizan menos medidas de protección.<sup>15 12</sup>

### **Historia previa o actual de otras ITS**

La existencia de una ITS indica que con seguridad han existido relaciones sexuales sin protección, por las cuales hay también riesgo potencial de exposición al VIH.<sup>14</sup>

---

9 Belda, Fernández y Martínez. Frecuencia de infección por el VIH en varones homo/bisexuales. Análisis de 12 años. VI Congreso Nacional de Sida. Valencia, Abril 2001.

10 Castilla J, Barrio G, de la Fuente L, Belza MJ. Sexual behavior and condom use in the general population of Spain, 1996. *AIDS Care* 1998; 10: 667-676.

11 Servicio Vasco de Salud. Estudio sobre comportamientos sexuales de la población de 20 a 39 años, 1998.

12 Harvey SM, Bird ST, Henderson JT, Beckman LJ, Huszti HC. He said, she said: concordance between sexual partners. *Sex Transm Dis.* 2004 Mar;31(3):185-91.

13 Estudio de la Universidad de Emory, Atlanta (EEUU), presentado en el XXX Reunión anual de la asociación estadounidense de Salud Pública. Filadelfia 2003.

14 Guías para el manejo de infecciones de transmisión sexual (ITS) de OMS/WHO. [Consulta on line 23-junio 2004] [http://www.who.int/docstore/hiv/STIManagementguidelines/who\\_hiv\\_aids\\_2001.01.pdf](http://www.who.int/docstore/hiv/STIManagementguidelines/who_hiv_aids_2001.01.pdf)

### **Historia previa o actual de otras ITS de la pareja sexual**

La existencia de otras ITS ha de valorarse siempre como un indicio directo de prácticas sexuales de riesgo de la pareja.

### **Mujeres en situación de vulnerabilidad psicosocial como sujeción a relación tradicional de género (subordinación y dependencia)**

Las relaciones basadas en roles tradicionales de género exponen al riesgo, sobre todo a las mujeres, ya que, debido a la posición pasiva, de subordinación y dependencia afectiva, e incluso económica, no disponen de los medios para controlar su riesgo, desconocen otras posibles relaciones de su pareja y sus posibles prácticas de riesgo y pueden no ser capaces de dialogar y conseguir que su pareja utilice medidas preventivas.<sup>15 16 17 18</sup>. Algunas de las mujeres que están en este tipo de relaciones son las mujeres inmigrantes por los patrones culturales tradicionales de su país de origen.

Se ha comprobado que en estos casos la posibilidad de infectarse por VIH y otras ITS se multiplica por cuatro.

### **Historia previa o actual de malos tratos en la pareja**

Son situaciones extremas del modelo tradicional de género de sometimiento en las que además el hombre ejerce coacciones que pueden ser también sexuales.<sup>19 20</sup>

### **Historia previa o actual de abusos sexuales**

Las relaciones de poder implican la posibilidad de forzamiento y exposición al riesgo de ITS y VIH que ha de valorarse como potencial de exposición además de valorar la derivación a un protocolo de atención a violencia y malos tratos.

15 Campell, Carole. Male gender roles and sexuality: implications for women's AIDS risk prevention. *Soc. Sci. Med.* 1995, Vol 41, nº 2:197-210.

16 Dolcini M, Coates T, Catania J, Kegeles S, Hauck W. Multiple sexual partners and their psychosocial correlates: the population-based AIDS in multiethnic neighborhoods study. *Health Psychology*, 1995, Vol. 14, nº 1:22-31.

17 Vanoss Marin, Barbara y cols. Condom use in unmarried latino men: a test of cultural constructs. *Health Psychology*. 1997, Vol. 16, nº 5, 458-467.

18 Yordi, Isabel. «Las mujeres y el sida: una amenaza creciente». Revista ENTRE NOUS 1006 Mayo; Nº 32.

19 Nogueiras B, Arechederra A, Bonino L. La atención sociosanitaria ante la violencia contra las mujeres. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2000.

20 Protocolo de actuación ante la violencia de género en el ámbito doméstico. Servicio Canario de Salud. Consejería de Sanidad y Consumo, Gobierno de Canarias, 2003.



## Anexo III. Síntomas y signos clínicos que sugieren infección por VIH

- Infecciones de transmisión sexual (incluida enfermedad pélvica inflamatoria).
- Carcinoma de cérvix *in situ* y displasia epitelial moderada / grave.
- Candidiasis vulvovaginal (persistente, episodios frecuentes o mala respuesta al tratamiento).
- Presencia de linfadenopatías persistentes (dos o más localizaciones distintas durante más de 6 meses).
- Candidiasis orofaríngea.
- Fiebre (mayor de 38°C) prolongada, más de un mes.
- Diarrea no filiada de más de un mes de duración.
- Herpes zóster (al menos 2 episodios).
- Púrpura trombocitopénica idiopática.
- Neumonías de repetición (2 episodios en 12 meses) en pacientes sin enfermedades predisponentes conocidas ( p. ej. EPOC).
- Pérdida de peso no intencional (+ del 10%) no explicable por otras causas.
- Tuberculosis.
- Herpes mucocutáneo de más de un mes de evolución.
- Alteraciones hematológicas (trombopenia, leucopenia o linfopenia ) no explicable por otras causas.
- Sospecha de candidiasis esofágica.
- Leucoplaquia oral vellosa (lesiones blanquecinas en los bordes de la lengua).





## Anexo IV. Condicionantes de género de modelo tradicional y modelo de transición en mujeres y hombres que dificultan el cambio de actitudes

### Condicionantes de género para los hombres

#### **En modelo de masculinidad tradicional**

Negación de la debilidad.

Negación del riesgo por la necesidad de mantener sentimiento de invulnerabilidad.

Mostrar su capacidad sexual y mostrar deseo sexual activo de los que depende, en parte, la percepción de su masculinidad tradicional.

Empuje a mantener múltiples parejas.

Sexualidad de asalto y demostración. Hipervaloración del coito como toma de posesión de la mujer. Insatisfacción con el sexo no coital.

Sexualidad urgente incompatible con pausa, control y cuidado de la mujer.

Negativa al uso del preservativo que parece poner obstáculo a la demostración de potencia.

Relación de poder, posesión y exclusividad con la mujer que es su pareja estable. Intolerancia a la infidelidad.

Ser el único en la vida de "su mujer". Intolerancia o rechazo hacia la mujer que demuestre deseo sexual activo, por ejemplo, con propuesta de sexo seguro y/o preservativo, lo que puede denotar que ha tenido otras parejas sexuales en su historia.

#### **En modelo de masculinidad de transición**

Sentimiento de invulnerabilidad o exceso de confianza por creerse capaz de controlar las relaciones.

Negación del riesgo para ocultar determinadas relaciones.

Protección con relaciones más liberales y no protección con otras más tradicionales.

Tendencia a prácticas sexuales de mayor riesgo (anales, por ejemplo) conectadas con las ideas de modernidad.

## Condicionantes de género para las mujeres

### **En modelo de feminidad tradicional**

Relaciones de subordinación con respecto al hombre.

Dependencia afectiva y/o económica.

Escasa autonomía y autoestima.

Pasividad.

Aislamiento.

Resignación ante la insatisfacción y el riesgo.

Silenciar su deseo y actividad sexual que la mujer y el hombre tradicionales pueden tomar como degradante.

Negación de su vulnerabilidad y el riesgo para no reconocer su propia actividad sexual y otras posibles relaciones sexuales de su pareja.

Dificultad para proponer preservativo, o sexo más seguro, que denotaría conocimiento y habilidad sexual y podría creerse motivo de rechazo por el hombre.

Autovalidación como mujer a través de la relación de pertenencia al hombre.

Subordinación del propio deseo a ser objeto del deseo masculino y en consecuencia valorar más la satisfacción masculina que la propia, aceptando las condiciones que pone el hombre.

Entrega incondicional.

Resistencia al uso del preservativo porque obstaculiza la sensación de «entrega».

Dificultad para proponer sexo no coital.

Incapacidad para romper la subordinación diciendo “no” a relaciones de riesgo por temor a perder al hombre y el vínculo del que la mujer depende.

Escasa confianza y competencia de la negociación con la pareja

Dificultad para decir “no” por temor a ser agredida en relaciones de malos tratos o abusos.

### **En modelo de feminidad de transición**

Control y medidas preventivas cuando mantiene relaciones más liberales y no en otras más tradicionales.

Aceptar el riesgo si el hombre omite o se niega a la protección para no confrontar y provocar la huida del hombre.

Silenciar o negar el uso de medidas preventivas para no perturbar el curso del deseo y la satisfacción.

Dificultad para proponer sexo no coital para no ser considerada como una mujer conservadora o desfasada de su tiempo.

Tendencia a prácticas sexuales de mayor riesgo (anales, por ejemplo), conectadas con las ideas de modernidad.

Sentimiento de invulnerabilidad o exceso de confianza por considerarse capaz de controlar sus relaciones.

Imitación del modelo masculino.

## Anexo V. Mensajes de sensibilización para favorecer la autopercepción del riesgo

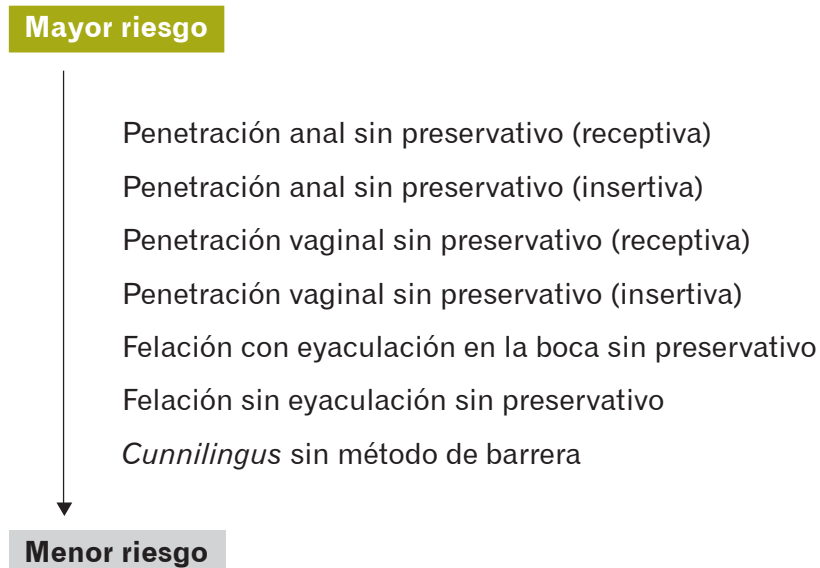
### Mensajes

- Toda persona sexualmente activa puede estar expuesta a la transmisión del VIH, luego todos y todas debemos conocer cómo se transmite y cómo evitar infectarse. Es un cuidado más de nuestra salud.
- Se estima que la cuarta parte de las personas que están infectadas en España por el VIH desconoce que lo está.
- No existen signos externos que avisen de que una persona puede estar infectada.
- Las mujeres y los hombres debemos saber que existe el riesgo al mantener relaciones sexuales sin protección con cualquier persona de la que no conocemos su condición serológica o que está potencialmente infectada



## Anexo VI. Prácticas sexuales y asociación con el riesgo de transmisión del VIH

La sangre, el semen, las secreciones vaginales y la leche materna de las personas infectadas tienen una concentración suficiente de virus como para transmitir el VIH. Además, para que se produzca la infección es necesario que el VIH penetre en el organismo y entre en contacto con la sangre o mucosas de la persona.



**Siempre que los métodos de barrera se usen correcta y sistemáticamente y no se produzcan accidentes se consideran prácticas sexuales sin riesgo para el VIH:**

- Penetración anal con preservativo
- Penetración vaginal con preservativo
- Felación con preservativo
- *Cunnilingus* con método de barrera
- Uso no compartido de juguetes sexuales
- *Annilingus* (beso negro o *rimming*)
- Masturbación mutua



## Anexo VII. Protocolo post-exposición a la infección por VIH

Una guía detallada de actuación se encuentra en la web del Ministerio de Sanidad y Consumo.

[http://www.msc.es/Diseno/enfermedadesLesiones/enfermedades\\_transmisibles.htm](http://www.msc.es/Diseno/enfermedadesLesiones/enfermedades_transmisibles.htm)





## Anexo VIII. Recomendaciones para un correcto uso del preservativo masculino y femenino

### Preservativo masculino

1. Comprar siempre preservativos que estén homologados por la autoridad sanitaria y con marcado CE.
2. Guardar el condón en lugar fresco, seco y al abrigo del sol y de la luz. Si lo ha tenido mucho tiempo en su bolsillo o en el coche, mejor usar uno nuevo.
3. Usar un condón nuevo en cada relación sexual. Si el material del preservativo está quebradizo, pegajoso o visiblemente dañado, no usarlo. Comprobar que no está caducado.
4. Manipular el condón cuidadosamente para no dañarlo (no abrir el envoltorio con las uñas o los dientes, evitar rasgarlo con los anillos, etc.).
5. Colocar el preservativo antes de cualquier contacto genital para evitar la exposición a fluidos que puedan contener agentes infecciosos.
6. Comprimir el extremo cerrado del condón para expulsar el aire y colocarlo sobre el pene erecto, dejando un espacio libre en la punta para que se deposite el semen, Desenrollar el condón cuidadosamente cubriendo totalmente el pene, alisando las burbujas de aire, que podrían ocasionar roturas.
7. Utilizar sólo lubricantes en vehículo acuoso si se desea una lubricación adicional. No usar cremas o sustancias grasas que pueden deteriorar el látex.
8. Si se rompe el preservativo, reemplazarlo inmediatamente.
9. Tras la eyaculación, retirar el pene lentamente antes de que haya desaparecido totalmente la erección manteniendo puesto el condón sujetándolo por su base para asegurar que no haya salida de semen durante la retirada.
10. Quitar y desechar el condón tirándolo a la basura, no al WC.
11. Nunca se debe reutilizar un condón.

## **Preservativo femenino**

1. Comprar siempre preservativos que estén homologados por la autoridad sanitaria y con marcado CE.
2. Usar un condón nuevo en cada relación sexual. Si el material del preservativo está visiblemente dañado, no usarlo. Comprobar que no está caducado.
3. El preservativo femenino puede insertarse hasta 8 horas antes de la relación sexual. Abrir el envoltorio cuidadosamente para no dañarlo.
4. El anillo de la parte cerrada del preservativo sirve de guía para colocarlo en el fondo de la vagina mientras que el otro extremo termina en un aro más grande que quedará fuera de la vagina cubriendo los genitales externos de la mujer. El preservativo femenino se comercializa lubricado. Si se requiere una lubricación adicional, poner el lubricante (acuoso u oleoso) en el interior.
5. Sostener el preservativo con el anillo externo colgado hacia abajo. Coger el anillo de la parte cerrada del preservativo (interno) y apretarlo entre los dedos pulgar e índice o corazón de forma que quede largo y estrecho.
6. Elegir una posición cómoda para la colocación del preservativo. Puede ser de pie con el otro pie encima de una silla; sentada con las rodillas separadas, agachada o acostada.
7. Introducir el aro interno en la vagina.
8. Empujar el aro interno (metiendo el dedo índice en el condón) lo más profundamente posible de forma que quede en el fondo.
9. El anillo exterior debe cubrir los genitales externos de la mujer.
10. Guiar el pene con la mano hacia el centro del preservativo femenino evitando que se introduzca entre la pared de la vagina y la parte exterior del preservativo.
11. El preservativo femenino no necesita retirarse inmediatamente después de la eyaculación. Una vez terminada la relación y retirado el pene, quitar el preservativo apretando el anillo externo, retorciéndolo para mantener el semen en el interior del preservativo. Tirar hacia fuera delicadamente.
12. Tirarlo a la basura, no al WC.

## Anexo IX. Mensajes para favorecer el cambio de actitudes de género

Mensajes que se dirigen a validar formas de relación no sujetas a condicionantes tradicionales de género

- ❑ **La sexualidad requiere unas precauciones que todos y todas podemos cumplir sin que por ello perdamos libertad en nuestros afectos.**
- ❑ **Tener confianza en la capacidad de cambio, autovaloración y aumento de autoestima de las mujeres y de sensibilización de los hombres.**
- ❑ **Las formas de erotismo y sexualidad no son inamovibles. Es posible protegerse y mantener una sexualidad responsable y coherente con la época en que vivimos en la que las relaciones se pueden tener estando en pareja o no.**

Los cambios necesarios en las relaciones mujer-hombre son positivos y no restrictivos

- ❑ **Sentirse responsable de los propios actos.**
- ❑ **Autovalorarse y tener capacidad de elegir y autocuidarse.**
- ❑ **Autoestimarse lo suficiente como para no aceptar que el otro nos exponga a riesgos.**
- ❑ **Mejorar las relaciones hombre-mujer con veracidad entre ambos, respeto mutuo.**
- ❑ **Capacidad de la mujer para participar en las decisiones sobre su deseo.**
- ❑ **Capacidad de la mujer para mantener posición vital activa y como sujeto no dependiente.**
- ❑ **Dialogar abiertamente sobre los deseos y sus riesgos, compartir el cuidado.**
- ❑ **Ampliación de la libertad individual en la pareja.**



## Anexo X. Mensajes para el pacto de sexo más seguro

- **El pacto no se alcanza de una sola vez, tiene oscilaciones, hace falta tiempo para procesar sentimientos, mientras debe sostenerse firme la decisión de autocuidado.**
- **Pactar no es establecer una batalla, por tanto hay que hacerlo en un terreno de diálogo, no de coacciones, boicot y ultimátum. No se trata de “la guerra de los sexos” sino del acercamiento y pacto entre los sexos.**
- **La agresividad, las sospechas y las amenazas no crean el clima de cooperación necesarios para realizar de común acuerdo prácticas sexuales seguras.**
- **Las mujeres en especial no deben dejarse presionar ni condicionar en la negociación de prácticas sexuales seguras.**
- **Es preferible pactar en diálogo fuera del momento de las relaciones sexuales, cuando las emociones pueden elaborarse con palabras.**
- **Puede que la pareja repase cómo han sido sus relaciones y se desvelen relaciones no conocidas hasta el momento; han de darse tiempo y diálogo para elaborar verazmente su experiencia.**
- **La decisión firme de autocuidarse no tiene porqué perjudicar al otro. El cuidado mutuo es un gesto de amor. Si el hombre no lo acepta, es que no está interesado en respetar y querer.**
- **Pactar sexo más seguro, es un proceso que amplía las posibilidades de satisfacción erótica; por el contrario, el engaño, el sometimiento y el miedo a la pérdida del otro, acaban inhibiendo el deseo sexual**
- **El diálogo favorece el entendimiento y la satisfacción. Exponerse silenciosa y resignadamente a riesgos no protege el amor, lo destruye.**
- **Las mujeres se quejan, a menudo, de la sexualidad genital y urgente. El sexo más seguro favorece que hombre y mujer se encuentren pausadamente con una sexualidad menos focalizada y más armónica.**



## Anexo XI. Tipos de pruebas de VIH y período ventana

El diagnóstico de la infección VIH en atención primaria se realiza actualmente mediante serología, quedando otras técnicas basadas en la biología molecular (PCR) o en el cultivo viral restringidas a casos particulares dentro de la atención especializada.

### **Prueba ELISA y *Western-Blot***

La técnica serológica empleada de forma prácticamente universal es el enzoinmunoanálisis (ELISA), que permite la detección de anticuerpos frente a VIH-1 y VIH-2. Existen otras pruebas serológicas de menor uso como son la aglutinación, tests fluorométricos y ELISA en membrana (*Dot-Blot*), sin grandes diferencias con el ELISA desde el punto de vista práctico. El ELISA es una prueba con una sensibilidad superior al 99%, por lo que es suficiente para descartar la infección en los casos negativos, pero en los casos positivos sigue precisándose de una prueba posterior de confirmación con mayor especificidad, normalmente un *Western-Blot*, aunque existen otras usadas de forma ocasional o en centros de referencia, como la inmunofluorescencia indirecta y radioinmunoprecipitación. ELISA y *Western-Blot* se hacen habitualmente a partir de la misma muestra en caso de que la primera sea positiva.

### **Período ventana**

Estas técnicas diagnósticas detectan producción de anticuerpos, por lo cual existe un “período ventana” entre la primoinfección y la positividad de estas pruebas. La mayoría de las personas infectadas desarrollan Ac anti-VIH a las 3-6 semanas de la exposición, presentando serología positiva el 97% de pacientes a los 3 meses de la infección. Si se ha obtenido un primer test negativo sin haber transcurrido 3 meses, se debe considerar repetirlo transcurrido este período. Si pasado este plazo este resultado es negativo, se puede considerar excepcionalmente repetirlo a los 6 meses en caso de que la exposición al riesgo fuera con una persona de la que se sabe con certeza que está infectada por el VIH, o si la sospecha perdura en el o la paciente o en el médico o médica.





## Anexo XII. Apoyo a pacientes con resultado positivo a la prueba de VIH

Fase	Mecanismo	Manifestaciones	Actuación sanitario/a
Choque	Mecanismo defensivo de negación del resultado	Falta de reacción, incredulidad.	<p><b>Estrategia</b> de apoyo se basa en dirigirse a lo que produce la defensa que es el miedo y el dolor por las consecuencias de ser VIH+.</p> <p><b>Contener.</b> Estar dispuesto a contener reacciones de angustia.</p> <p><b>Hacer emerger reacciones.</b> Permitir que el o la paciente exprese lo que le asusta y qué supone que va a pasar, o preguntarlo.</p> <p><b>Dar mensajes.</b> Poner límites a la sensación de catástrofe, los posibles problemas son abordables.</p>
Reconocimiento. Fase depresiva	Caída de la negación, darse cuenta de que es realidad el resultado positivo	Explosión emocional, llanto... Angustia, hundimiento, sentimientos de culpa. Auto desprecio, inhibición, aislamiento, sentimiento de haberlo perdido todo. Miedo a la muerte, al rechazo. Ideas depresivas	<p><b>Estrategia</b> de contención, permanecer y dar mensajes que limiten las sensación de pérdida masiva, elaborando las posibles consecuencias una por una. Evitar que se quede fijada esta fase largo tiempo y búsqueda de la esperanza.</p> <p><b>Explicaciones claras</b> y objetivas de la situación</p> <p><b>Preguntar</b> lo que más le preocupa y ayudarlo a resolver sus propias preocupaciones.</p> <p><b>Mensajes de esperanza</b> en los avances de la ciencia y en el control de la propia vida</p> <p><b>Ofrecer</b> apoyo psicológico y/o referencias de grupos de autoayuda de ONGs</p> <p><b>Reafirmar</b> la confidencialidad y ofrecer apoyo para comunicar el resultado a su pareja, familia o amigos.</p> <p><b>Continuar citas</b> para seguimiento médico y emocional</p>
Reacción paranoide	Reversión de la culpa: Búsqueda de culpables	Rabia, Reacciones hostiles y acusatorias, Ideas o actos de venganza, como pretender infectar a otros	<p><b>Estrategia:</b> no entrar en enfrentamiento con el o la paciente que estaría manteniendo actitudes arriesgadas que pueden provocar irritación en el profesional. Permanecer y dirigirse a lo que provoca esta reacción que es, de nuevo, el miedo y el dolor por la condición de seropositivo/a.</p> <p><b>No reforzar</b> ni acompañar en la búsqueda de culpables.</p> <p><b>No responder</b> con hostilidad sino con oferta de ayuda.</p> <p><b>Ayudar</b> en la búsqueda de salidas a las situaciones conflictivas que se hayan creado.</p> <p><b>No aprobar</b> conductas vengativas o de infectar a otros.</p> <p><b>Remitir</b> a grupos de apoyo u ONGs</p>
Reconstrucción	Asimilación de la nueva condición: como seropositiva	Aceptación de una nueva condición con la que vivir, ser portador/a del VIH Autocuidado. Socialización. Cambio de posibles prácticas de riesgo y protección a otros.	<p><b>Apoyar</b> en la socialización.</p> <p><b>Reforzar</b> el mantenimiento de cuidados y prácticas preventivas.</p>



## Anexo XIII. Recursos de atención a VIH por comunidades autónomas

Centro	Dirección	Ciudad	C. Autónoma	Teléfono
Hospital San Juan de Dios	San Juan de Dios	Granada	Andalucía	958.294.737
Centro de ETS Costa del Sol	Peinado, 9	Málaga	Andalucía	952.652.517
Centro de Diagnóstico y Prevención de ETS	Baños, 44 Acc	Sevilla	Andalucía	954.387.751 954.381.657
Hospital Universitario Reina Sofía	Av. Menéndez Pidal s/n	Córdoba	Andalucía	957.010.001
Servicio de Medicina Interna. Sección de Infecciosos				957.011.613
Servicio de Ginecología				957.010.356
Centro de Salud Jaén Sur "San Felipe"	C/ Juan Montilla s/n	Jaén	Andalucía	953.233.000
Centro de Salud "La Victoria"	C/ Chaves s/n	Málaga	Andalucía	952.603.367
Centro de Salud de Roquetas		Almería	Andalucía	950.325.692
Centro de Salud de Vícar				950.344.205
Centro de Salud de El Egido				950.021.943
Centro de Salud de Adra				950.402.902
Centro de Salud de Béjar				950.490.400
Centro de Salud Casa del Mar. (Juan Luis Hinojosa)	Av. Hispanoamérica s/n	Huelva	Andalucía	959.256.034
Centro de ETS	Antiguo Hospital Cruz Roja. C/ Núñez s/n - Algeciras	Cádiz	Andalucía	956.004.904
Médicos del Mundo	Alfonso VII, nº 8-1º	Avilés	Asturias	985.569.132
Ambulatorio Pumarín Unidad ETS y SIDA	Orán s/n	Gijón	Asturias	985.389.288
Unidad de ETS Hospital Monte Naranco	Av Dres. Fernández Vega, 107	Oviedo	Asturias	985.106.900
CASSPEP (Centre d'atenció soci-sanitari per a les persones que exerceixen la prostitució)	Av. Comte de Sallent, nº 14 -1º -A	Palma de Mallorca	Baleares	971.751.342
CEREDA	Senador Castillo Olivares, 35	Las Palmas	Canarias	928.367.100
Centro Dermatológico	San Sebastián, 75	S.C. Tenerife	Canarias	922.237.590 922.279.397

Centro de Ciencias de la Salud	Ctra de Extremadura Km 114'100 Talavera de la Reina	Toledo	Castilla La Mancha	925.839.200
Comité Ciudadano Anti-Sida de Valladolid	General Almirante, 5º, 1º	Valladolid	Castilla y León	983.358.948
Comité Ciudadano Anti-Sida Zamora	San Torcuato, 2 1º	Zamora	Castilla y León	980.534.382
CAP Drassanes	Av Drassanes 17-21	Barcelona	Cataluña	933.294.495 ext.1818
CAP II Tarragonès	Mallafré Guasch 4	Tarragona	Cataluña	977.295.895
CAP Güell	Mossèn Joan Pons s/n	Gerona	Cataluña	972.210.708
Unidad ETS de Lérida	Avenida de l'Alcalde Rovira Roure, 2	Lérida	Cataluña	973.701.600
CIPS de Valencia	San Vicente, 83, 2º	Valencia	C. Valenciana	963.527.247
CIPS de Alicante	Pza. España, 6	Alicante	C. Valenciana	965.240.563
CIPS de Castellón	Avda. del Mar, 12	Castellón	C. Valenciana	964.239.922
Unidad de ETS. Servicio de Medicina Interna y Enfermedades Infecciosas Hospital de La Rioja	Avda de Viana 1	Logroño	La Rioja	941.291.194 Ext. 4414
Centro Sanitario Sandoval	Sandoval, 7	Madrid	Madrid	914.452.328 914.452.562
Centro ETS. Area de Salud y Consumo. Ayuntamiento de Madrid	Montesa, 22	Madrid	Madrid	915.885.118
Unidad de diagnóstico y prevención ETS	Plaza San Agustín nº 3	Cartagena	Murcia	968.326.675
CAM Andraize	Avda. Villava s/n. Recinto Parque del Mundo	Pamplona	Navarra	948.422.760
CAM Iturrama	Iturrama, 9 entreplanta	Pamplona	Navarra	948.198.333 948.198.334
Servicio de ETS. Ledo	Ldo. Poza, 13- 1º	Bilbao	País Vasco	946.006.969
Plan de Prevención y control del Sida del País Vasco	Avda Navarra, 4	San Sebastián	País Vasco	943.006.464

Las Comunidades Autónomas que no figuran no disponen de dispositivos (Aragón, Cantabria, Extremadura) o no informan acerca de los mismos.

## Teléfonos nacionales de información gratuita

**FASE - Médicos del Mundo: 900.111.000**

**900 ROSA: 900.601.601**

## Teléfonos por comunidades autónomas y ciudades

Andalucía: 900.850.100

Aragón: 976.439.988

Asturias: 985.106.519

Baleares: 971.176.868

Canarias: 902.114.444

Cantabria: 942.207.745

Castilla - La Mancha: 925.267.763

Castilla y León: 983.413.600

Cataluña: 900.212.222

Extremadura: 900.210.994

Galicia: 981.542.960

Madrid: 912.052.370

Murcia: 900.706.706

Navarra: 848.423.396

País Vasco: 943.006.464

La Rioja: 941.291.197

Comunidad Valenciana: 900.702.020

Ceuta: 956.503.359

Melilla: 952.678.439



## Anexo XIV. Modelos de hojas de registro

### Registro informático

Página 1

1. Detección de criterios de vulnerabilidad

Mujeres • Hombres •  
(listado M) (listado H)

#### Listado pestaña M

- Mujer con relaciones sexuales con un hombre:
  - *seropositivo*
  - *usuario o ex -usuario de drogas intravenosas(UDI)*
  - *usuario de prostitución*
  - *con prácticas homo/bisexuales*
  - *con múltiples parejas*
  - *del que desconoce su estado serológico*
- Mujer con múltiples parejas
- Cambio o crisis de pareja
- Vulnerabilidad psicosocial
- Historia de malos tratos o abusos..
- Historia de otras ITS
- Historia de otras ITS de la pareja sexual
- Indicios clínicos de VIH

#### Listado pestaña H

- Hombre con relaciones sexuales con una mujer:
  - *seropositiva*
  - *usuaria o ex -usuaria de drogas intravenosas(UDI)*
  - *con múltiples parejas*
  - *de la que desconoce su estado serológico*
- Hombres usuarios de prostitución
- Hombre con múltiples parejas
- Cambio o crisis de pareja
- Historia de otras ITS
- Historia de otras ITS de la pareja sexual
- Indicios clínicos de VIH

2. Valoración inicial de dificultades para el cambio de actitudes :

- |  | NO | SÍ |             |
|--|----|----|-------------|
| - Dificultades para la auto percepción del riesgo                  | •  | •  | (pestaña 1) |
| - Valoración de la información disponible                          | •  | •  | (pestaña 2) |
| - Valoración de dificultades para el cambio de prácticas de riesgo | •  | •  | (pestaña 3) |
| - Identificar dificultades asociadas a condicionantes de genero    | •  | •  | (pestaña 4) |

- Pestaña 1. Contenidos de ANEXO II

- Pestaña 2. Información sobre mecanismos de transmisión  
Información sobre medidas de prevención  
Dificultades por limitaciones.

Pestaña 3. – Dificultades acceso a preservativos

- Dificultades en confiar efectividad preservativos
- Sentimiento de falta de control de lo que pasa en su vida.

Pestaña 4. – Condicionantes tradicionales (Contenido de Anexo IV)

- subordinación
- pasividad en mujeres
- ocultar la actividad sexual
- valor de actividad sexual y prepotencia en hombres
- Condicionantes del modelo de cambio
  - relaciones desprotegidas con determinadas parejas
  - imitación de “modelo masculino”
  - sentimiento de invulnerabilidad
  - prácticas de riesgo asociadas a la “modernidad”



Página 2.

### 3. Intervención para el cambio de actitudes y prácticas de riesgo

(personas con valoración inicial realizada)

- |   | NO | SI |
|---|----|----|
| - Crear percepción sobre su riesgo y vulnerabilidad<br>(Pestaña mensajes auto percepción Anexo V)           | •  | •  |
| - Promover cambio de actitudes y prácticas de riesgo<br>(Pestaña mensajes cambio actitudes género Anexo IX) | •  | •  |
| - Acompañamiento al pacto para sexo más seguro<br>(Pestaña mensaje pacto Anexo X)                           | •  | •  |

#### Pestaña "Mensajes auto percepción"

- Informar sobre perfiles de relación habituales en relación con prácticas sexuales de riesgo
- Trabajar sobre creencias estereotipadas asociadas con vulnerabilidad

#### Pestaña "Mensajes de cambio actitudes de género"

- todo el mundo puede tener una sexualidad más segura sin perder libertad en afectos
- cada persona puede hacer mucho por sí misma (autoestima / mujeres, sensibilidad / hombres)
- la sexualidad y el erotismo son múltiples y cambiantes: pareja o no, respeto mutuo, diálogo abierto sobre deseos, decisiones respetando la libertad de ambas partes,

#### Pestaña "Acompañamiento al pacto por sexo más seguro"

- es posible en varios tiempos
- requiere un clima adecuado de acercamiento y respeto
- pueden surgir crisis pero enriquecen a ambas partes
- es mejor pactar fuera del momento de las relaciones sexuales, e introducir momentos de pausa en la relación

### 4. Petición de la prueba de anticuerpos antiVIH

- |                       | NO         | SI (Consentimiento informado, Asegurando comprensión, elaborar Posibilidades, confidencialidad) |
|-----------------------|------------|---|
| -Asesoramiento previo | •          | •   |
| - Prueba VIH          | Positiva • | Negativa •  |
- 
- |   | NO | SI |
|---|----|----|
| -Asesoramiento después prueba. Resultado negativo . Consejo | •  | •  |
| Resultado positivo. Apoyo                                   | •  | •  |
| Derivación. (listado)                                       |    |    |

#### OBSERVACIONES

5. Seguimiento

Seguimiento de cambio de actitudes a partir de las intervenciones preventivas

	SI	NO
Cambios en la exposición al riesgo	•	•
Cambios de actitudes de género	•	•
Cambios en el pacto para sexo más seguro	•	•
Cambios sobre la realización de la prueba	•	•

Seguimiento de un resultado serológico positivo

OBSERVACIONES

# Registro manual

Mes

Año

Total

(1) <i>Captación</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	I <sub>1</sub>	<input type="text"/>
(2) <i>Consulta valoración</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	I <sub>2</sub>	<input type="text"/>
(3) <i>Consulta intervención</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	I <sub>3</sub>	<input type="text"/>
(4) <i>Resultados prueba VIH</i>																					
(a) <i>VIH +</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	I <sub>4</sub>	<input type="text"/>
(b) <i>VIH -</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	I <sub>5</sub>	<input type="text"/>

## Anexo XV. Indicadores de evaluación

Nombre del indicador	Cálculo
1. Personas con criterios de vulnerabilidad para la transmisión heterosexual del VIH	Nº total de personas identificadas con criterios de vulnerabilidad para la transmisión sexual del VIH. Por sexos
2. Personas atendidas con dificultades para la auto percepción del riesgo	Nº de personas con dificultad para la auto percepción del riesgo / Nº total de personas a quienes se aplica el protocolo. Por sexos
3. Valoración de la información previa disponible por el o la paciente	Nº de personas en las que se ha valorado la información de que disponen / Nº total de personas a las que se aplica el protocolo. Por sexos
4. Identificación de dificultades para el cambio de prácticas de riesgo	Nº de personas con dificultades para el cambio de practicas de riesgo / Nº de personas a las que se aplica el protocolo. Por sexos
5. Personas identificadas con dificultades asociadas a los condicionantes de género	Nº total de personas con problemas de actitudes asociadas al genero / Nº total de personas a quienes se aplique el protocolo. Por sexos
6. Personas a las que se ha inducido percepción sobre su riesgo y vulnerabilidad	Nº de personas a las que se han dado mensajes para la auto percepción de la exposición al riesgo /Nº total de personas a la que se aplica el protocolo. Por sexos
7. Personas en quienes se han promovido cambios de actitudes y prácticas de riesgo asociadas a género	Nº de personas a las que se ha dado mensajes para el cambio de actitudes de género / personas a quienes se aplica el protocolo. Por sexos
8. Personas a quienes se ha acompañado en el proceso de pacto para sexo más seguro	Nº de personas a las que se ha dado mensajes para el pacto de sexo mas seguro / Nº de personas a las que se aplica el protocolo. Por sexos.
9. Personas a quienes se ha asesorado antes de la prueba de VIH	Nº de personas a las que se da asesoramiento previo a la prueba / Nº personas en protocolo. Por sexos
10. Petición de la prueba de VIH	Nº de personas a las que se solicita prueba VIH / Nº de personas a las que se aplica protocolo. Por sexos
11. Resultados de la prueba de VIH	Nº de personas que con resultado positivo a la prueba VIH . Por sexos
12. Asesoramiento después de la prueba de VIH	Nº de personas a las que se ha dado asesoramiento después de la prueba / Nº de personas a las que se aplica el protocolo. Por sexos

La fuente de los datos será el registro informatizado y el periodo de referencia será anual

# Esquema de intervención<sup>1</sup>

## 1. Objetivos

### General

- ▶ **Contribuir a prevenir** la transmisión heterosexual del VIH entre usuarias y usuarios de los servicios de Atención Primaria.

### Estratégicos

- ▶ **Detectar** desde los servicios de atención primaria la vulnerabilidad diferencial de mujeres y hombres a la infección por VIH por vía heterosexual y **actuar** preventivamente de acuerdo con cada situación detectada.

### Instrumentales

- ▶ **Visibilizar** conductas o prácticas de riesgo y vulnerabilidad de mujeres y hombres al VIH y las actitudes de género que las sustentan.
- ▶ **Transmitir** información preventiva personalizada.
- ▶ **Promover** la práctica de sexo más seguro.
- ▶ **Influir** en el cambio de actitudes de género.
- ▶ **Modificar** las conductas de riesgo para el VIH.
- ▶ **Detectar** precozmente la infección por VIH.

1. El presente esquema debe utilizarse en combinación con el documento del Protocolo ampliado adjunto y los correspondientes anexos que especifican los instrumentos a utilizar en cada paso de la intervención.

## 2. Actuaciones

### 2.1 Captación de la población diana

Personas que acuden a consultas de atención primaria y que reúnen criterios de vulnerabilidad al VIH por vía heterosexual.

### 2.2 Detección de pacientes con criterios de vulnerabilidad para VIH

#### Criterios para mujeres

- ✓ Mantener o haber mantenido relaciones sexuales con un hombre:
  - seropositivo
  - usuario o ex -usuario de drogas intravenosas(UDI)
  - usuario de prostitución
  - con prácticas homo/bisexuales
  - que mantiene o ha mantenido múltiples parejas
  - del que desconoce su estado serológico.
- ✓ Mantener o haber mantenido múltiples parejas.
- ✓ Usar la prostitución o trabajar en la prostitución.
- ✓ Mantener relaciones sexuales siendo una mujer joven con hombres mayores.
- ✓ Vivir situaciones de transición, cambio o crisis de pareja, en las que las relaciones sexuales se abren temporalmente a otras personas.
- ✓ Vivir situaciones de vulnerabilidad psicosocial como sujeción a relación tradicional de género (subordinación y dependencia).
- ✓ Historia previa o actual de malos tratos en la pareja.
- ✓ Historia previa o actual de relaciones sexuales forzadas en pareja o no.
- ✓ Historia previa o actual de abusos sexuales.
- ✓ Historia previa o actual de otras infecciones de transmisión sexual (ITS).
- ✓ Historia previa o actual de otras ITS de la pareja sexual.
- ✓ Indicios clínicos de VIH o enfermedades indicativas de sida no diagnosticado.

#### Criterios para hombres

- ✓ Mantener o haber mantenido relaciones sexuales con una mujer:
  - seropositiva
  - usuaria o ex -usuaria de drogas intravenosas(UDI)
  - que mantiene o ha mantenido múltiples parejas
  - de la que desconoce su estado serológico.
- ✓ Usar la prostitución.
- ✓ Mantener o haber mantenido múltiples parejas.
- ✓ Mantener o haber mantenido relaciones homo/bisexuales
- ✓ Vivir situaciones de transición, cambio o crisis de pareja en las que las relaciones sexuales se abren temporalmente a otras personas.
- ✓ Historia previa o actual de otras ITS.
- ✓ Historia previa o actual de otras ITS de la pareja sexual.
- ✓ Indicios clínicos de VIH o enfermedades indicativas de sida no diagnosticado.

## 2.3 Valoración individualizada de dificultades para el cambio de actitudes

### Valorar dificultades para la auto-percepción del riesgo

Los problemas para percibir el propio riesgo residen en actitudes de resistencia a ser conscientes de la propia vulnerabilidad:

- ▶ La convicción de que el riesgo de infección no tiene nada que ver con el comportamiento sino con circunstancias que escapan a su control.
- ▶ Negación de la vulnerabilidad y el riesgo por estar sujetos/as a la representación social del sida como enfermedad de grupos estigmatizados.
- ▶ Negación de la vulnerabilidad y el riesgo como mecanismo defensivo por miedo a las consecuencias personales y sociales.
- ▶ Desconocimiento o negación de las parejas sexuales del compañero o compañeros.

### Valorar información disponible

- ▶ Valorar la información de la que dispone el/la usuario/a sobre mecanismos de transmisión del VIH y medidas de prevención.
- ▶ Dificultades de acceso a la información por barreras culturales o de idioma.

### Valorar dificultades para cambio de prácticas de riesgo

- ▶ Problemas de acceso a los preservativos.
- ▶ Falta de confianza en el uso correcto o en eficacia de los preservativos.
- ▶ Percepción de que no se puede controlar de lo que pasa en la vida.
- ▶ Dificultades por situaciones de riesgo psicosocial: dependencia o precariedad económica, carencia de red de apoyo, aislamiento o marginación social, desestructuración familiar.

### Identificar dificultades asociadas a los condicionantes de género

- Identificar condicionantes de roles tradicionales

El modelo tradicional conlleva relaciones de poder/subordinación hombre/mujer que provocan:

- la exigencia de exclusividad, posesión/ entrega
- ocultación de actividad sexual en las mujeres
- posiciones pasivas en las mujeres
- sobrevaloración de actividad sexual y prepotencia en hombres.

### Identificar condicionantes de modelos de transición

En los modelos de transición se dan relaciones mujer-hombre con tendencia a relaciones igualitarias. Pueden mantenerse múltiples parejas a lo largo de la vida, pero, sin embargo, en el curso de las relaciones íntimas surgen contradicciones entre los ideales nuevos coexistiendo con ideales tradicionales:

- inconstancia de las prácticas sexuales más seguras según con qué parejas
- sensación de excesivo control e invulnerabilidad
- prácticas sexuales de mayor riesgo ligadas a la sexualidad de la modernidad
- imitación del modelo masculino.

## 2.4 Intervención para el cambio de actitudes y prácticas de riesgo

### Inducir percepción de riesgo y vulnerabilidad de la persona

- ⇒ **Informar** sobre el tipo de relaciones que suelen darse en las prácticas sexuales de riesgo.
- ⇒ **Transmitir mensajes** que se dirijan a invalidar las creencias estereotipadas sobre la vulnerabilidad.

### Transmitir información personalizada

- ⇒ **Información** sobre valoración del riesgo de prácticas sexuales
- ⇒ **Información** sobre prácticas sexuales más seguras
  - refuerzo de relación erótica y sexual no coital
  - uso de preservativo en cada relación sexual
  - negativa a mantener relaciones de riesgo
  - no mantener relaciones sexual bajo los efectos de alcohol o drogas que disminuyen el uso de medidas preventivas.
- ⇒ **Proponer** aplicación de protocolo postexposición a la infección por VIH.

### Promover el cambio de actitudes y adopción de prácticas sexuales más seguras

- ⇒ **Localizar** los momentos biográficos y acontecimientos vitales en que se inician o refuerzan los condicionantes de género identificados
- ⇒ **Señalar** las actitudes y su localización biográfica
- ⇒ **Transmitir** mensajes de cambio alternativos a los condicionantes de género identificados
- ⇒ **Apoyar y validar** formas de relación no sujetas a condicionantes tradicionales de género

### Acompañamiento al pacto para sexo más seguro

- ⇒ Con la información y las intenciones de cambio no basta. Hay que abordar un pacto de sexo más seguro con una/o misma y con la pareja o parejas.
- ⇒ No sólo hay que animar a la persona a cambiar las actitudes que son un obstáculo para un sexo más seguro, también hay que tener en cuenta que su pareja ha de cambiar las suyas.
- ⇒ Es un proceso que puede llevar un tiempo durante el que hay que dar acompañamiento.
- ⇒ La propuesta de sexo más seguro en una pareja es una carga de profundidad a las relaciones de género. Los obstáculos para el pacto son los condicionantes de género.
- ⇒ La percepción del riesgo conlleva, a veces, que se hagan visibles parejas sexuales e insatisfacciones anteriores que no se comunicaban, lo que hace necesario un proceso de elaboración en la pareja.



## 2.5 Diagnóstico de infección por VIH

### Asesoramiento previo a la prueba del VIH

#### Información

- ✓ Elaborar la posibilidad de que la prueba resulte positiva
- ✓ Elaborar la posibilidad de que la prueba resulte negativa
- ✓ Si la persona decide hacerse la prueba
- ✓ Si la persona decide no hacerse la prueba

### Asesoramiento después de la prueba

#### Resultado negativo

- Con una prueba ELISA negativa es suficiente. En general, se consensúa que un resultado negativo es seguro cuando han pasado 3 meses desde la última práctica de riesgo.
- Un resultado negativo puede crear un sentimiento de euforia o falsa seguridad y éste es el momento adecuado para aportar la información necesaria sobre la posibilidad de infectarse si se siguen realizando prácticas de riesgo.
- Oferta de servicios de planificación familiar, centros de drogodependencias y los que ofrezca el propio centro de salud, según la problemática planteada.
- Entrevista a los 3-6 meses:
  - valorar la adopción, mantenimiento y/o dificultades habidas en el cambio de actitudes y prácticas de riesgo
  - seguimiento de consejo para cambio de actitudes y de condicionantes de género, así como realizar asesoramiento y consejo para nueva oferta de la prueba.

#### Resultado positivo

- Es necesaria prueba ELISA y *Western-Blot*
- El consejo tras un resultado positivo ha de contener y ayudar a reconstruir a la persona mediante apoyo emocional, transmisión de esperanza y toma de control de su vida.
- Como con otros diagnósticos de enfermedades que implican gravedad, y que en el caso del VIH se apoyan tanto en el temor a la enfermedad como en el temor al potencial rechazo social, se desencadena un proceso de duelo psíquico. Es necesario acompañar, apoyar y aconsejar durante todo el proceso.

### Petición de la prueba de VIH a mujeres embarazadas

- Con consentimiento informado y consejo pre y postprueba.
- Si el resultado es positivo ha de atenderse a las especiales circunstancias que supone el embarazo.
- Tener en cuenta que la mujer ha de tomar decisiones muy difíciles y urgentes, por lo que el soporte y consejo es muy importante.
- Informar a la gestante sobre el actual estado de la cuestión, el riesgo de transmisión vertical, y mantener la objetividad y respeto a las próximas decisiones de la mujer.
- Puede optar por interrumpir su embarazo hasta las 22 semanas de gestación, según la legislación vigente.
- Puede continuar su embarazo y realizar tratamiento con antirretrovirales lo antes posible.
- Derivación a servicio de embarazo de alto riesgo para tratamiento y seguimiento.

## 2.6 Seguimiento y derivación

- ▶ Seguimiento del cambio de actitudes.
- ▶ Seguimiento de negativas a petición de serología VIH
- ▶ Derivaciones: según funcionamiento de los servicios de cada comunidad autónoma





GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE SANIDAD  
Y CONSUMO

SECRETARÍA GENERAL  
DE SANIDAD

DIRECCIÓN GENERAL DE  
SALUD PÚBLICA

SECRETARÍA DEL PLAN  
NACIONAL SOBRE EL SIDA



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE TRABAJO  
Y ASUNTOS SOCIALES

SECRETARÍA  
GENERAL  
DE POLÍTICAS  
DE IGUALDAD

INSTITUTO  
DE LA MUJER